

N° D'ORDRE

24

ANNÉE 1966

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 14 Mars 1966

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Mademoiselle Claudette SIMONNET

Ancienne Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

née le 20 Décembre 1937 à CHAMBÉRY (Savoie)

LA FORMATION PSYCHOTHERAPIQUE DE L'INTERNE

A propos d'une expérience d'un groupe de formation

N° D'ORDRE

ANNÉE 1966

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 14 Mars 1966

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Mademoiselle Claudette SIMONNET

Ancienne Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

née le 20 Décembre 1937 à CHAMBÉRY (Savoie)

LA FORMATION PSYCHOTHERAPIQUE DE L'INTERNE

A propos d'une expérience d'un groupe de formation

LA FORMATION PSYCHOTHERAPIQUE DE L'INTERNE

A propos d'une expérience d'un groupe de formation.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE.

Doyens Honoraires : M. J. LEPINE - Membre de l'Institut
M. H. HERMANN - Correspondant de l'Institut

Doyen : M. J.F. CIER

Assesseurs : M M. LEVRAT
M L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES.

MM. PATEL. LEPINE. TRILLAT. MOURIQUAND. GARIN. GATE. MARTIN. GABRIELLE.
SANTY. DUCLOS. GUILLEMINET. HERMANN. ROCHET. POLOSSON. ENSELME.
WERTHEIMER.

PROFESSEURS.

MM. CIBERT	Clinique urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	- Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
PAUPERT-RAVAULT	- Clinique médicale B.
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C.
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A.
REVOL	Pharmacie galénique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A.
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
NETTEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C.
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique

MM.	BOUCHET	Anatomie
	BETHENOD	Pédiatrie
	GERMAIN	Immunologie, sérologie, hémato-logie
	KALB	Pneumo-phthisiologie
	LARBRE	Pédiatrie
	SOUSTELLE	Chirurgie générale
	VIALA	Médecine générale
	VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie
	GIROD	Histologie et embryologie
	GRAS	Chimie biologique
	MALLEIN	Chimie analytique
	COLIN	Médecine légale
	BERTP. ND	Chimie biologique
	MARET	Chirurgie générale
	VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie
	CHOLLAT	Electro-radiologie
	FLEURETTE	Bactériologie

MAITRES DES CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES.

FAVRE-GILLY	Hématologie
RIFFAT	Hygiène
FLANDROIS	Physiologie
ROLLET	Pharmacie galénique

AGREGES EN EXERCICE.

MARION Pierre	Chirurgie générale
BONAMOUR	Ophthalmologie
De MOURGUES Georges	Chirurgie générale
DEVIC	Médecine générale
DUMONT Martial	Obstétrique
DURAND	Urologie
FRANCILLON	Chirurgie générale
SAUBIER	Chirurgie générale
SCHOTT	Neuro-psychiatrie
ALLEGRE	Neuro-chirurgie
CHASSARD	Electro-radiologie
FAYZSE	Orthopédie
GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
GARDE	Médecine générale
HUGONNIER	Ophthalmologie
MORNEX	Médecine générale
MOUNIER-KUHN Alain	Chirurgie générale
NORMAND	Médecine générale
PERRIN André	Médecine générale.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

MM. MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-pho- nologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et aller- gologie
BRUN	Clinique de pneumo-phthisiologie
CREYSSEL	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatolo- gique
DARGENT	Clinique carcinologique
GUICHARD	Anatomie pathologique
GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie chirurgicale
GIRARD Marcel	Clinique médicale D.
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge
GONIN	Thérapeutique
MONNET	Bactériologie
BANSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales
CHATONNET	Physiologie B.
GUINET	Clinique endocrinologique
TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique stomatologique
MARION Joseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
DUMONT Louis	Histologie et embryologie
PERROT	Chimie
CIER J.F.	Physiologie A.
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque
MATHIEU	Clinique gynécologique
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
BERTOYE	Clinique des maladies infectieuses
VIGNON	Hydrologie
CIER André	Pharmacodynamie
VINCENT D.	Biochimie appliquée
X	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
X	Chimie biologique et médicale
X	Clinique chirurgicale B
X	Clinique médicale infantile B

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
MANSUY	Neuro-chirurgie

MM. COLLET	Chimie générale et pharmaceutique
LACROIX	Hygiène et climatologie
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
LECUIRE	Neuro-chirurgie
REVOL	Médecine générale
GOINARD	Thérapeutique chirurgicale
PONT Maurice	Médecine générale
TRAEGER	Pathologie métabolique et rénale

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie
FEROLDI	Anatomie pathologique
MORET	Physique biologique
ODDOUX	Botanique et cryptogamie
DE SOLLIERS	Chimie analytique
DESPIERRES	Médecine générale
GARRIN	Parasitologie
TOLOT	Médecine du travail
THIVOLET	Hygiène

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM. CREYSSSEL Roger	Chimie biologique
PINET	Electro-radiologie
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
DESCOTES	Chirurgie générale
JOUVET	Pathologie expérimentale
PEYRIU	Physique biologique
TOMIASI	Anatomie pathologique
BUFFARD	Electro-radiologie
LEJEUNE	médecine générale et thérapeutique
DE MOURGUES F.	Stomatologie
NAUSSAC	Maladies infectieuses
REBOUILLAT	Chirurgie générale
ROMAGNY	Pédiatrie
DELAHAYE	Médecine générale
DELEUZE	Anesthésiologie
GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
MICHEL	Anesthésiologie
FRANCOIS	Pédiatrie et puériculture
MICHOULIER	Chirurgie générale
COLOMB	Dermatologie
LAMBERT	Médecine générale
FRIES	Médecine générale
GILLY	Pédiatrie
ROBERT	Médecine générale

MM.	DUMAS	Stomatologie
	GARMIER	Obstétrique
	NOEL	Médecine Générale
	SCHNEPP	Orthopédie
	NOTTER	Gynécologie obstétricale

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : Monsieur le Professeur DECHAUME

Assesseurs : MM. REVOL
GUYOTAT
SCHOTT

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A TOUS LES MIENS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME.

C'est dans son service à l'Hôpital Edouard Herriot que nous avons pris notre premier contact, comme externe, avec la Psychiatrie.

Nous lui sommes reconnaissantes d'avoir su nous encourager dans cette voie. Nous avons toujours admiré son profond sens clinique et son intuition du malade. Nous le remercions d'avoir accepté la présidence de notre thèse.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR REVOL

Il nous a toujours reçue avec la plus extrême bienveillance. Nous avons admiré sa vaste culture et sa profonde compréhension des problèmes humains.

Nous le remercions d'avoir accepté de juger notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUYOTAT

Nous avons été pendant un an son élève à l'Hôpital du Vinatier. C'est à son contact que nous avons fait la découverte de la psychanalyse. C'est grâce à lui que ce travail a pu être réalisé. Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre admiration pour ses qualités d'enseignant et de psychothérapeute.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE SCHOTT

Nous gardons, grâce à son enseignement pendant notre Externat, le goût de la Neurologie. Nous avons apprécié la clarté et la finesse de son esprit. Nous avons admiré aussi sa compréhension, son humanité et ses authentiques qualités psychothérapiques.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ COLIN

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour tout ce que nous avons appris à son contact, d'abord pendant notre Externat, puis en suivant son enseignement de criminologie.

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DU VINATIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR ACHANTRE

C'est dans son Service que nous avons découvert l'Hôpital Psychiatrique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUJARD

C'est lui qui nous a ouvert l'univers passionnant des problèmes de l'enfant débile et psychotique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALVET

A MONSIEUR LE DOCTEUR BECACHE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERTHIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROUSSOLLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR REQUET

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOR

Il a su nous guider dans l'abord des problèmes psychothérapiques. Nous le remercions de l'aide qu'il nous a apportée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MIRAILLET in memoriam

Il nous avait aidé de toute sa compétence et de toute sa bonne humeur.

A MADAME LE DOCTEUR REYSS-BRION

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANGEL.

C'est lui qui nous a appris à nous engager
dans notre métier.

A NOS MAITRES DE L'EXTERNAT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLEMINET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERTOYE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR TOLOT.

Monsieur le Professeur MONNET

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT.

A TOUS CEUX QUI ONT PARTICIPÉ A CE TRAVAIL.

AU PERSONNEL INFIRMIER.

AUX MALADES DE L'HOPITAL.

"Car la connaissance de soi est plus proche
du dialogue que du monologue".

(Lagache).

INTRODUCTION.

Il semble que la fonction psychothérapique de l'interne dans son service hospitalier soit une notion dont on ait pris récemment conscience.

De plus en plus l'interne, dès son entrée dans le métier psychiatrique sent la nécessité de "prendre des malades en psychothérapie" ce qui pose à lui-même et à ses maîtres le problème d'une formation psychothérapique.

Que s'est-il donc passé ? Comment le problème d'une formation psychothérapique s'est-il déplacé au niveau de l'Internat et quels sont les moyens d'y faire face.

Si le problème se pose dans ces termes, c'est qu'il tient à l'ambiguïté du rôle même de l'interne. Nous pouvons à la fois parler de fonction psychothérapique et de formation psychothérapique de l'interne dans l'institution hospitalière. Car si celui-ci est encore élève, il est également utilisé comme thérapeute et participe comme tel à l'équipe soignante.

Et dans sa pratique quotidienne, à la fois il exerce et apprend son métier de psychiatre.

Dans un premier temps, nous nous demanderons dans quelles conditions l'interne aborde le problème de la psychothérapie à l'hôpital psychiatrique, puis nous envisagerons les moyens de formation qu'il a à sa disposition ; enfin nous essayerons de tirer les conclusions d'une expérience d'un groupe de formation fonctionnant depuis deux ans à l'hôpital du Vinatier.

1^{er} CHAPITRE :

L'INTERNE FACE AU PROBLEME DE LA PSYCHIATRIE
ET DE LA PSYCHOTHERAPIE.



1°) NOSOGRAPHIE CLASSIQUE ET PSYCHOTHERAPIE.

Comment le jeune interne se trouve-t-il confronté d'une façon si immédiate aux problèmes psychothérapiques.

Tout d'abord, on assiste à un phénomène nouveau, la diminution de l'intérêt pour la nosographie dite classique à l'hôpital psychiatrique.

C'est pratiquement sans les armes que peut donner "l'étiquette nosographique" que va être abordé le malade mental.

C'est ici qu'il faut se demander où l'étudiant en médecine, le futur interne, peut recevoir l'enseignement de la psychiatrie classique qui constituera la base de sa formation psychothérapique.

Il y a quelques années, l'enseignement médical ne laissait aucune place à l'enseignement de la psychiatrie.

Il se résumait au stage de quatrième et de cinquième années de médecine que ne faisaient pas les externes.

Ainsi les étudiants qui passaient l'Externat n'avaient ils aucune chance de connaître les malades mentaux s'ils n'effectuaient pas un semestre de psychiatrie.

Tout au plus le "Délirium Tremens" et la "Paralyse Générale" figuraient-ils au programme de l'Externat. On y ajouta plus tard "l'Accès Mélancolique".

Cet enseignement comprenait également vingt heures de psychologie médicale pendant la première année de médecine, mais qui ne correspondaient pas aux besoins des étudiants, ceux-ci n'ayant encore aucune expérience du malade et des problèmes de l'hospitalisation.

A Lyon fut tentée en 1960 une expérience de formation de l'étudiant en médecine, sous forme d'entretiens avec des malades poursuivis sous contrôle. Cette expérience s'adressait d'une part à un groupe

d'internes des hôpitaux, d'autre part à un deuxième groupe d'étudiants de quatrième à cinquième année, stagiaires ou externes.

Ces groupes fonctionnèrent sur le modèle des groupes Balint et apparaissent comme un bon moyen de formation des étudiants et des internes généralistes à la Psychiatrie.

L'enseignement de cette discipline occupe une place beaucoup plus importante dans d'autres pays : en Suède, 120 heures de psychiatrie sont prévues ainsi qu'un stage de trois mois à temps complet pour tous les étudiants.

En Hollande, 300 heures de psychiatrie sont effectuées.

Aux U.S.A. les heures de psychiatrie sont réparties sur toutes les années de médecine. Pendant les deux premières, l'étudiant reçoit un enseignement uniquement théorique. En troisième année, il suit en dispensaire un malade en psychothérapie sous contrôle puis il est à plein temps dans un service de neuro-psychiatrie infantile. Pendant sa quatrième année d'études, il occupe pendant trois semaines les fonctions d'assistant en psychiatrie.

En France, l'enseignement de la Psychiatrie est bien insuffisant, davantage pour les médecins installés que pour les étudiants auprès desquels on rencontre certaines résistances.

La demande maximum est post-universitaire : ce sont les internes des hôpitaux généraux mis sans arrêt face aux problèmes psychologiques liés à la maladie et à l'hospitalisation, et les médecins praticiens vivant au contact du milieu familial social et professionnel du malade, qui réclament au maximum une formation psychologique, et c'est à leurs besoins qu'a voulu répondre Michaël Balint.

En tous cas l'interne abordant l'hôpital psychiatrique n'a pas reçu, lors de sa formation médicale, les bases d'un enseignement de la psychiatrie.

C'est encore seul, confrontant ce qu'il sait avec ce qu'il lit dans les manuels qu'il apprend la psychiatrie dite classique.

Nous constatons donc souvent que le jeune interne est en quelque sorte "jeté aux malades" sans aucun cadre de référence, qu'il entreprend des psychothérapies et parle en terme de relation avant même d'avoir aucune base nosographique. Et je citerai cette boutade entendue à l'hôpi-

tal : "Avant d'apprendre ce qu'est la schizophrénie, ^{vous} apprenez ce qu'est le transfert et à contrôler votre contre-transfert".

Est-ce un bien, est-ce un mal ?

Aborder le malade sans avoir aucun cadre rigide de références, vivre la relation avec lui sans que s'interpose une quelconque "étiquette", cela est un bien, mais que penser du risque que représente non pour le malade, mais pour l'apprenti-psychiatre, l'abord direct de la maladie mentale, sans cette possibilité de mise à distance que donne le diagnostic clinique.

Comme le dit sagement Israel :

"Le candidat psychothérapeute est d'emblée livré au malade ... le malade ne court pas de risque à l'abri derrière ses défenses. C'est le psychothérapeute qui va connaître l'angoisse."

Et ailleurs Baluit :

"La situation du psychothérapeute est la même que celle de l'apprenti-skieur. Il serait commode que le débutant puisse skier seulement en ligne droite et laisser à son moniteur le soin d'effectuer les virages. Cela est malheureusement impossible et le débutant doit mener à bien la course entière ... La raison en est qu'il est presque impossible de prévoir avec certitude les difficultés auxquelles on peut s'attendre en traitant un cas quelconque."

Il nous est apparu tout au long de notre internat qu'un phénomène particulier se reproduisait avec une régularité névrotique. C'est ce que nous avons appelé, parodiant une terminologie connue, "l'angoisse du sixième mois".

C'est à peu près à cette période que le jeune interne cherchant désespérément des points de repère dans l'univers psychiatrique découvre qu'il n'y en a point et le découvre d'autant mieux que chacun est là pour lui faire constater leur absence : seule compte la "relation" avec le malade. Il faut faire sauter le cadre nosographique, et comme, en échange de cet abandon, le psychothérapeute débutant ne possède encore aucune technique relationnelle, la psychiatrie lui apparaîtra comme une science fumeuse ou comme une remise en question brutale de lui-même.

Il semble que le cadre nosographique ait une fonction rassurante dont il n'y a pas lieu de priver le jeune psychiatre. L'abord du schizophrène, lorsque l'on a aucune connaissance théorique de la maladie, est souvent spécifiquement angoissant : le malade est là et il n'y est pas, parfois le contact s'établit et l'on a devant soi un individu "normal" et tout à coup il n'y a plus rien, un autre monde, un abîme entre soi et cet étranger. Quelle fonction rassurante ont les termes d'autisme, de barrages, de délire pour désigner ce qui est justement l'incommunicable, quel réconfort de pouvoir appeler "schizophrénie" ce malaise.

Le jeune interne, abordant l'hôpital psychiatrique, se trouve donc projeté dans un univers où rompant avec le mode de pensée utilisé pendant toutes ses études médicales, faisant appel à la mémoire, à la logique, à la distinction du sain et du malade, il est obligé de sentir plus que de penser, et de s'apercevoir que la distinction du normal et du normal et du pathologique ne s'apprécie qu'en terme de relation et de relation avec lui-même.

2°) L'ABORD PSYCHOTHERAPIQUE DU MALADE MENTAL.

Il se sent alors poussé à prendre des malades en charge et à faire ce qu'il appelle déjà des psychothérapies.

Comment distinguer dans ce qui l'y pousse ce qui est névrotique de ce qui ne l'est pas ?

En face du scandale de la maladie mentale, il paraît vite nécessaire de "faire quelque chose". La foi dans les neuroleptiques se heurte peu à peu aux rechutes, à la chronicisation, aux pseudo-guérisons, à l'enkystement de la maladie.

La psychothérapie apparaît un peu comme le procédé magique qui permettra enfin de guérir.

Besoin de guérir, mais besoin aussi de se guérir de sa propre angoisse devant la maladie mentale. Le malade psychiatrique est la caricature, parfois insupportable, des difficultés psychologiques que rencontre l'individu appelé "normal". Les phénomènes d'identification n'ont pas encore chez le jeune psychothérapeute leur valeur positive mais seulement leur aspect angoissant : pourquoi est-ce lui le malade et non moi ?

à la fois psychothérapeute et interne du service, il se trouve en face de son malade sur deux plans, celui de la réalité et celui du fantasme ce qui entrave son travail psychothérapique comme son travail d'interne.

Mais surtout ce sont les phénomènes transférentiels qu'il assumera difficilement, ne sachant techniquement ni les contrôler, ni les interpréter.

Je citerai l'histoire d'une malade suivie en psychothérapie qui poursuivait sa psychothérapeute partout, l'attendait, se cachait dans les placards pour surgir tout à coup, bondissait sur elle à l'improviste et lui demandait de la sortir en ville. Cette attitude vécue comme une provocation homosexuelle rendait difficile la relation avec elle. Alors qu'en fait, cette malade était très régressée et cherchait une image maternelle.

Il en est de même des mouvements contre-transférentiels, qui, mal perçus, mal interprétés, deviennent une source d'angoisse.

Une malade est mal acceptée par son psychothérapeute chaque fois qu'elle est silencieuse, cela le rend agressif. Il ne comprend pas pourquoi. Il s'avère que la malade joue de la rivalité entre lui et le chef de service, rivalité qu'il lui est difficile d'assumer.

Tout ceci aboutit à la nécessité de l'apprentissage d'une technique relationnelle.

Celui-ci ne saurait bien entendu être théorique, mais il ne peut passer que par une expérience vécue, celle des phénomènes affectifs se produisant entre le thérapeute et son malade.

3°) LES MOYENS DE FORMATION.

Quels sont les moyens de formation dont nous pouvons disposer actuellement ?

Certes, il existe une formation psychothérapique que l'on acquiert dans un contact quotidien avec le service hospitalier et les malades.

Il existe certains services qui possèdent authentiquement une ambiance psychothérapique où l'équipe infirmière, le médecin-chef, ont

une certaine attitude, un certain mode de contact avec le malade dont l'interne s'imprègne.

Il existe aussi un apprentissage au contact des infirmiers : certains peuvent beaucoup apprendre sur la manière de parler à un malade : je pense à cet infirmier qui parlait le langage des psychotiques et les malades, à son contact, avaient le sentiment d'être compris.

Il faut bien se souvenir que c'est l'équipe infirmière qui après le passage de l'interne sait obtenir d'un malade qu'il accepte son hospitalisation ou son traitement, c'est elle souvent qui pratique la "psychothérapie d'urgence" à l'entrée dans le service.

Mais là nous déboucherions encore sur un nouveau problème qui est celui de la formation psychothérapique du personnel infirmier qui paraît bien solidaire de celui de la formation des internes comme nous serons amenés à l'évoquer à plusieurs reprises.

C'est finalement la réunion d'équipe qui paraît souvent répondre à la demande conjointe de l'interne et du personnel infirmier. C'est par elle que peut se faire un certain apprentissage des relations inter-humaines. "La réunion d'équipe est une prise de conscience et par là même un puissant facteur psychothérapique".

C'est là que se posent les problèmes de rivalité : rivalité entre médecins, rivalités entre médecins et équipe infirmière, les uns prétendant mieux connaître le malade, l'autre en être plus proche. C'est là que l'on voit apparaître les phénomènes d'identification au leader du groupe, chacun, voulant calquer son attitude sur un modèle proposé ou plutôt fantasmé.

Madame A.. ne veut plus faire la vaisselle ni aucune tâche ménagère, les infirmières n'osent plus lui demander de quitter sa chambre car les médecins ont envers Madame A.. une attitude non directive, ne lui imposant rien, mais cherchant seulement à la faire parler. Les infirmières tantôt essaient de calquer leur comportement sur celui des médecins et ne demandent rien à la malade, tantôt réagissent à cette attitude et la contraignent à travailler. L'équipe est partagée et inquiète. Il s'avère que les infirmières n'arrivent pas à concevoir leur rôle comme différent de celui du médecin et qu'elles peuvent parfaitement avoir un comportement ferme avec Mme A. différent de l'attitude prise par l'équipe médicale.

Il s'avère ici que les phénomènes d'identification infirmières-

médecins allaient contre les intérêts de la malade.

Il en est de même des phénomènes d'agressivité envers celui qui est censé détenir le pouvoir. Il s'agit là de la rivalité entre l'interne du service et le médecin-chef dans leur fonction psychothérapique, le chef de service n'admettant pas toujours cette remise partielle de son pouvoir, tandis que l'interne n'admet pas non plus un contrôle hiérarchique dans sa relation avec le malade.

Pour l'équipe infirmière, il s'agit d'une rivalité avec les médecins dans une connaissance authentique du malade, le médecin n'ayant pour l'équipe qu'une connaissance superficielle et théorique de ce dernier.

La réunion d'équipe permet donc une connaissance par le dedans de l'évolution d'un groupe et des relations complexes qui y sont en jeu.

Il nous a semblé d'autre part, qu'un phénomène était intéressant à étudier. C'est celui de la création d'un groupe de travail spontané destiné à mettre en commun les connaissances acquises.

Je veux parler de l'Internat désireux d'acquérir une formation et cherchant par tous les moyens à y parvenir. Il se constitue alors une sorte d'auto-enseignement qui est un apport non négligeable à la formation de l'interne. Les lectures sont mises en commun ainsi que les expériences psychothérapiques.

Selon le mot de l'un de nous "on apprend la moitié de sa psychiatrie à l'Internat".

Pendant un certain temps, faute d'un enseignement, fonctionna à l'internat un véritable groupe de contrôle psychothérapique formé spontanément.

Il s'agissait de chercher ensemble les erreurs à éviter, de profiter de l'expérience d'autrui, mais aussi et surtout de diminuer son angoisse : une séance péniblement vécue par le psychothérapeute débutant devenait moins angoissante, reprise à son compte par le groupe.

Nous étions d'ailleurs bien conscients des dangers que cela comportait par suite de l'absence d'un contrôleur aussi neutre que possible au sein de ce groupe spontané : fixation dans un narcissisme à plusieurs mauvais contrôle de l'agressivité et manque de connaissances techniques.

Il semble cependant que le rôle de ce groupe ait été positif pour chacun de nous, ceci car nous avons échappé à la tentation de le systématiser et que nous l'avons laissé se développer et mourir spontanément. Dans un groupe systématisé seraient immédiatement apparus d'énormes conflits interpersonnels par suite de l'absence d'un leader canalisant la demande ou l'agressivité du groupe.

L'interne possède, au moins en théorie, d'autres moyens de formation psychothérapique : s'il en a les possibilités matérielles, il peut participer à des séminaires de dynamique de groupe ou d'enseignement du psychodrame mais cela est, pour la majorité, peu compatible avec la condition de l'interne. La formation à la dynamique des groupes paraît particulièrement intéressante et adaptée à l'hôpital psychiatrique, car elle permet l'étude des inter-relations multiples se nouant à l'intérieur d'un groupe humain et constitue ainsi une excellente préparation à la psychothérapie dite institutionnelle.

Ce qui paraît le plus accessible et ce que nous avons directement expérimenté, ce sont les contrôles systématiques des psychothérapies pratiquées.

Il est souvent difficile de poursuivre une psychothérapie sous contrôle individuel car nous nous retrouvons alors devant des problèmes insolubles : le petit nombre des enseignants et le peu de temps dont ils peuvent disposer pour des entretiens individuels.

4°) L'ENSEIGNEMENT DE LA PSYCHOTHERAPIE.

Le problème d'un enseignement systématique de la psychothérapie a été résolu en Suisse où le diplôme de neuro-psychiatre ne peut être obtenu sans que le futur spécialiste ait pu faire la preuve qu'il avait acquis une formation suffisante en psychothérapie : l'étudiant doit fréquenter les séminaires de groupe et avoir en tout cent heures de contrôle de deux ou trois cas de psychothérapie. Nous avons là un essai d'intégrer la formation psychothérapique à la formation de tout psychiatre. Or il s'est avéré que cette expérience présentait des inconvénients et en particulier celui d'imposer une formation psychothérapique à des psychiatres qui ne se

sentaient pas attirés par cet aspect thérapeutique. Nous citerons cette phrase du Professeur SCHNEIDER de Lausanne : "on peut cependant se demander si certains jeunes médecins, qui pour^{aient} faire de bons psychiatres en exerçant d'autres fonctions que la psychothérapie, ne sont pas exclus par cette obligation de suivre le long chemin de la formation psychothérapique".

Il est nécessaire que l'orientation psychothérapique découle d'un choix libre, et il ne saurait être question de transformer des motivations profondes en contraintes administratives.

Il est nécessaire à la fois qu'il existe des possibilités de formation psychothérapique et qu'en même temps rien ne soit imposé dans ce domaine. Il est bien évident que les psychiatres peuvent très bien ne pas se sentir du tout attirés par la pratique psychothérapique et beaucoup plus par l'aspect biologique des traitements psychiatriques, par leur aspect institutionnel ou sociothérapique.

Et nous citerons encore Balint "l'aptitude psychothérapique ne consiste pas seulement à apprendre quelque chose de nouveau, mais implique aussi inévitablement un changement limité, bien que considérable, de la personnalité du médecin".

L'expérience que nous allons relater n'a été nullement imposée mais faite librement par les internes intéressés par les problèmes psychothérapiques.

5°) L'ANALYSE DIDACTIQUE.

Quelle est la position de l'interne vis-à-vis de l'analyse didactique ?

Nous ne pouvons traiter de la formation psychothérapique de l'interne sans aborder la formation analytique.

L'enseignement psychanalytique est dispensé par des organismes privés, les Sociétés de psychanalyse.

La formation analytique comprend une analyse personnelle, la

pratique de cures sous contrôle, un enseignement théorique.

Alors que les critères de formation d'un neuro-psychiatre sont définis par sa réussite ou non à un diplôme, on ne trouve pas ici d'autres critères que certaines qualités personnelles du candidat. C'est après une entrevue avec trois enseignants que celui-ci recevra un avis sur l'opportunité d'une formation analytique.

La sélection des candidats est sévère.

Voici les chiffres donnés par l'Institut de psychanalyse :

en novembre 1962-63

sur 43 psychiatres

pour 10 : pas de contre-indication.

pour 21 : contre-indication

pour 12 : analyse à entreprendre sous la responsabilité du postulant.

en 1964

sur 99 candidatures

37 ont été écartées

il a été demandé à 54 candidats de s'engager dans une analyse personnelle.

Les possibilités de formation sont également limitées par des conditions économiques et géographiques, la répartition de l'enseignement analytique se faisant avec une concentration très forte à Paris et pratiquement nulle en province.

En fait, mis à part l'Internat de la Seine, la possibilité d'une formation analytique n'existe pas au niveau des internats . D'autre part, il doit pouvoir exister d'autres moyens de formation à la psychothérapie en dehors de l'analyse personnelle, et l'existence de

contrôles en groupe des psychothérapies nous paraît en être un.

De toutes façons il faut concevoir des formules souples allant depuis un engagement qui doit rester strictement individuel dans l'analyse didactique, jusqu'à des formes d'enseignements plus institutionnalisées : sans imposer une formation psychothérapique comme en Suisse, on pourrait imaginer que la participation à des groupes de contrôle ou à des groupes de diagnostic (T. group) par exemple, puisse faire partie intégrante d'un enseignement de la Psychiatrie

6°) LE CONTROLE DES PSYCHOTHERAPIES EN GROUPE.

En effet, il semble qu'à côté des contrôles individuels, existe la possibilité de contrôles en groupe.

Nous avons vécu depuis deux ans une expérience de ce type. Elle nous est apparue comme un précieux moyen d'enseignement permettant à la fois l'acquisition de données théoriques et d'une technique psychothérapique.

C'est à propos d'une psychothérapie pratiquée sur huit mois et contrôlée en groupe que nous nous proposons d'envisager les problèmes qui se sont présentés à nous au cours de l'évolution de cette psychothérapie, problèmes qui nous paraissent se poser à l'interne d'une façon générale dans sa pratique des psychothérapies en milieu hospitalier.

Nous décrirons tout d'abord la composition du groupe de contrôle : à l'origine ce fut un groupe de recherche ayant pour but de contrôler l'évolution d'une psychothérapie pratiquée en milieu hospitalier chez

un malade présentant une dépression névrotique.

Ce malade recevait par ailleurs un anti-dépresseur, en l'occurrence le Surmontil, et le groupe avait pour but de contrôler l'incidence du médicament sur la psychothérapie. Une alternance du médicament actif et du médicament placebo pratiquée en double blind a permis d'observer des modifications du comportement du malade dans le service et dans sa relation psychothérapique. Mais l'incidence du médicament sur le déroulement de la psychothérapie ne fait pas ici l'objet de notre travail.

Nous étudierons seulement le groupe dans sa fonction de contrôle des psychothérapies pratiquées.

Le groupe évolua de la manière suivante : de groupe de recherche et de discussion qu'il était à l'origine, on le vit peu à peu se transformer en un groupe de contrôle psychothérapique, le rôle du médicament passant au second plan puis n'étant finalement plus du tout évoqué, tandis que peu à peu seule la psychothérapie intéressait les participants.

Sa composition était la suivante : hétérogène de structure, il comprenait des analystes et des non-analystes, et un observateur extérieur à l'hôpital qui était chargé de par sa formation philosophique, d'apporter son point de vue de phénoménologue et de conceptualiser l'expérience.

La psychothérapie était effectuée par un interne, et c'était également un interne qui se chargeait de donner le médicament, ce qui avait l'avantage de permettre au groupe d'observer l'évolution d'une pratique psychothérapique spontanée en milieu hospitalier.

Les psychothérapies pratiquées l'ont été à raison de deux séances par semaine sur une durée de plusieurs mois.

A l'origine, aucune technique et aucune règle n'étaient imposées.

Les réunions du groupe de contrôle avaient lieu à raison d'une séance par semaine.

Nous relaterons dans un premier temps une psychothérapie pratiquée dans ces conditions, ce qui nous amènera à aborder les difficultés de la psychothérapie en milieu hospitalier, puis, dans un troisième temps les problèmes inhérents à un tel groupe de formation.

2^{ème} CHAPITRE :

ETUDE D'UN CAS.

Le jeune CH. âgé de 16 ans est hospitalisé pour des troubles du comportement.

Il s'est battu avec son frère qui l'a traité de "vieille poule" parce qu'il s'était trop parfumé.

Cet adolescent présente depuis deux ans des manifestations névrotiques l'amenant à la limite de la délinquance avec renvoi de son école, participation à une "bande" d'adolescents et apparemment nombreuses aventures sexuelles.

En fait il est déprimé, a ébauché plusieurs tentatives de suicide et parle très souvent de se détruire.

C'est devant cet état dépressif sous-jacent à un comportement pré-délinquant que la psychothérapie fut décidée.

Nous avions au départ peu de renseignements biographiques sur ce malade, mais la constellation familiale paraissait assez perturbée : le père est mort il y a deux ans dans un accident d'autonobile, la mère semble dépassée par les événements et n'a aucune autorité sur son fils. Ch. est le troisième d'une fratrie de sept et il est violemment opposé à son frère aîné comme le montrent les troubles ayant précédé son hospitalisation.

Nous relaterons brièvement les séances et le mouvement général de cette psychothérapie.

1ère séance : Le jeune Ch. se présente comme un blouson noir typique. Il paraît très sûr de lui puis progressivement au cours de l'entretien, il est triste et déprimé. Il évoque son refus de l'autorité paternelle, de l'esprit de sérieux.

Il fait le récit de ses activités antérieures : sa vocation pour le dessin industriel - ses lectures - la science - l'astronomie - la bombe atomique - il plaide pour une vocation humanitaire de la science.

Puis aborde la question de ses relations humaines : il cherche une protection dans un groupe de quatre garçons plus une fille. Il parle des jeunes filles avec ostentation et désintérêt. Il les prend puis les laisse. Il recherche pourtant la femme idéale : il veut se marier, fonder un foyer, il fait allusion à son attachement à sa soeur aînée et à son peu d'intérêt pour sa mère.

2ème séance : L'attitude est toute différente, sans ostentation. Il paraît très dépressif. Il est silencieux pendant une grande partie de la séance - il affirme spontanément avoir été déprimé par la séance précédente. Il se met alors à parler d'une histoire sentimentale avec une jeune fille Martine rencontrée il y a un an et qui l'a abandonné.

Il exprime le désir de protection féminine, sa mère ne le protège pas assez car elle doit se partager entre tous ses frères et soeurs.

Il raconte des tentatives de suicide.

Il décide d'aller voir les enfants à la Nourricerie.

3ème séance : Il ne vient pas, il a des démêlés avec le service.

4ème séance : Il ne vient pas spontanément à la séance. Il a abandonné son comportement "blouson noir" et semble très déprimé. Il est silencieux. Il dit qu'il ne parlera plus de Martine car cela lui fait trop de mal. "Ma vie est une attente ... tout seul on ne peut rien faire, il faut une femme pour continuer à avancer ... je ne suis pas comme les autres, je suis trop sensible. Je ne suis pas capable de résoudre mes problèmes ... quand j'étais avec Martine, j'avais l'impression de vivre.

5ème séance : Il attend la psychothérapeute d'un air très assuré. D'emblée il dit qu'il va mieux. Il n'aborde pas le problème Martine, parle de son

travail, de l'argent, des voyages, de la politique : anti-communisme - apologie du pouvoir fort - nécessité de rétablir la peine de mort et de lois impitoyables, il dit "qu'en France, les pères (pour les peines) ne sont pas assez sévères" il fait l'apologie du nazisme, d'Hitler et de la guerre - en même temps il veut donner la terre aux paysans.

Le groupe considère tout cela comme très défensif alors que la psychothérapeute s'est vite intéressée par cette idéologie adolescente.

6ème séance : Silencieux. Très angoissé. Ne peut rester en place.

7-me séance : Absence du psychothérapeute - qui répond à l'absence effective du malade à la séance précédente.

8ème séance : Très assuré il trouve que tout va bien, que l'hôpital est un lieu de vacances. Suit une description de ses activités : groupe de garçons de son âge et de filles. A retrouvé le ton de la 1ère séance. Aimait que le psychothérapeute porte un jugement moral sur ses activités. Récit réaliste, avec volonté de choquer, d'une aventure sexuelle avec une "pucelle". Dévalorisation féminine. Provocation de sa part afin de susciter un jugement moral du psychothérapeute. Thème des filles : évocations faites de forfanterie. Cynisme. Se vante de pouvoir avoir des relations sexuelles avec toutes les filles, même les plus sérieuses. Puis soudainement change de ton : il va voir les enfants à la pouponnière ; il aimerait se marier avec une fille sérieuse.

9ème séance : Il attend à la porte et lorsque la psychothérapeute arrive, il regarde sa montre "comme pour un rendez-vous", dit-elle. Même ton qu'à la séance précédente. Parle de son groupe de "copains", de ses aventures sexuelles. Parait content de lui, hâbleur. En dépit de son instabilité relative pendant la séance, affirme être très à son aise. Avoue être satis-

fait que ce soit une "fille" qui s'occupe de lui : "si cela avait été un homme, je ne serais jamais venu aux séances ... les femmes cela comprend mieux". A nouveau, thème des filles et aveu de son manque de confiance en lui. Il dit alors que s'il voit autant de filles, c'est qu'il a peur de s'attacher à une seule et qu'elle le laisse ; qu'il a peur que les filles s'attachent à lui car il se sentirait obligé de les aimer. Dit enfin qu'aucune fille ne s'est attaché à lui et que personne ne s'est vraiment intéressé à lui. Propos valorisants sur les femmes : elles sont plus courageuses que les hommes ; elles ont peur des souris mais elles accouchent alors que les hommes n'osent même pas les regarder ; elles peuvent gagner leur vie sans les hommes.

10ème séance : Déprimé et silencieux. Parle cependant de sa permission précédente. A appris qu'il retournera en vacances à St J .. où il a rencontré Martine, l'année dernière : il a peur de retrouver son souvenir. Il se demande si cela ne sera pas pareil avec toutes les filles, et il annonce qu'il en a trouvé une avec laquelle il veut sortir "sérieusement". A fait des projets d'avenir. Elle s'appelle Elisabeth : "si j'avais de l'argent, je me payerais un détective privé pour savoir ce qu'elle fait". Crainte de s'attacher à elle et qu'elle l'abandonne. Moyen de s'assurer de la fidélité d'une jeune fille, c'est de "lui faire un enfant". Thème de l'infidélité féminine. Alors que la psychothérapeute lui fait remarquer qu'il ne conçoit ses rapports avec l'autre sexe que sur le plan de la guerre, il acquiesce et ajoute en désignant la psychothérapeute du doigt : "Mais nous on essaye d'établir la paix". A nouveau, essaye de reprendre l'avantage ; parle des filles, des infirmières, des copains, du whisky, du cognac ... Convient cependant qu'il était venu à la séance pour parler d'Elisabeth.

11ème séance : Élégant et assuré. Thème de l'alcool : se promet de boire beaucoup à sa prochaine permission. Thème des vacances : envie de partir au bord de la mer "un coin où il y ait un bar et une fille". Voudrait quitter la France - pays le plus antipathique - et aller en Floride. Avoue que il a besoin de soutien, qu'il n'est pas sûr de lui, qu'il n'est encore

qu'un enfant : "Vous, par exemple, j'aimerais que vous me guidiez, que vous me donniez des conseils" ... Evocation de la mère par la psychothérapeute "mais si ma mère était à côté de vous, réplique-t-il, et qu'elle ne dise de faire une chose ^{vous} et une autre, je ferais comme vous me diriez .." "Je vais vous raconter quelque chose : mon petit frère, quand ma mère était malade, avait pris l'habitude d'obéir à ma soeur ; après il n'obéissait plus à ma mère et appelait ma soeur "seconde naman". Reconnaît, sur la suggestion de la psychothérapeute, qu'il aimerait bien que cette dernière soit sa seconde mère. Voudrait qu'on lui explique les femmes. "Je voudrais vivre deux mille ans et vous aussi et vous verriez que jamais aucune fille ne s'attacherait à moi. Les autres y arrivent et pas moi ... Moi, je ne suis pas beau, mais je ne ferai jamais de mal à personne, et pourtant aucune fille ne m'aimera.. Je donne aux femmes six mois pour s'attacher à moi. Si, dans six mois, il ne se passe rien, je me tire une balle dans la tête. J'ai mon revolver tout prêt.". Parle à nouveau d'Elisabeth ; a bien peur qu'avec elle ce soit comme avec les autres "J'attends qu'on ne prouve que l'on peut s'attacher à moi". Séance se termine sur ^{le} thème de l'abandon.

12ème séance : On est obligé de le réveiller pour qu'il vienne à la séance. Reste silencieux. Répond par monosyllabes à quelques questions destinées à ouvrir le dialogue. Finalement, il s'endort sur sa chaise. La psychothérapeute accuse le médicament d'être responsable d'un tel état de chose.

13ème séance : Négligeant de faire allusion à la séance précédente, il reprend le thème du suicide. Réflexions amères sur la vie. Mais changement de ton ainsi que de contenu dans son propos : "avec l'argent on peut tout.. pour avoir des filles ou bien il faut être beau ou bien il faut avoir de l'argent". Pour la première fois, évocation de nature homosexuelle : un ingénieur de 45 ans, qui s'intéresse à lui et lui donne de l'argent ; un directeur d'école qui l'emménait au cinéma et lui offrait des boîtes de cigarettes ; correspondance suivie avec lui. Désintérêt pour St J.. Dit qu'il pense être soumis à un destin. Thèmes grandiloquents sur le destin : "Ma vie est toute tracée ...". Sur une intervention du psychothérapeute, il reconnaît sa passivité : pense que l'activité ne sert à rien.

14ème séance : Il dort. On le réveille pour lui rappeler sa séance de psychothérapie. Il somnole sur sa chaise. Semble refuser l'entretien : il dit qu'il voudrait vivre sans penser, rester à la surface des choses, surtout ne rien approfondir. Dit encore qu'il ne parle jamais de lui, qu'il n'a jamais parlé de lui-même et qu'il a donné une image fausse de sa personnalité : "Si vous connaissiez la vraie, vous seriez bien déçue". L'intervention du psychothérapeute portant sur l'exigence de sa part d'un jugement moral, il répond d'un air désabusé : "De toutes façons, cela m'est égal, ce que vous pensez de moi". Et il ajoute : "De toutes façons, j'ai beaucoup de défauts : la cigarette, la boisson ... J'aime être ivre, comme cela, on ne pense à rien ..." Il se demande comment les infirmiers ne se sont pas encore rendus compte qu'il sentait le vin. La séance se termine sur une comparaison du service avec le bain.

15ème séance : L'entretien commence par une évocation de la réunion du pavillon (qui a eu lieu le matin même) et où il a émis des vœux : un billard, un juke-box ... Suit le développement d'un programme de la réorganisation idéale d'un service : suppression des ateliers, multiplication des distractions. Annonce qu'il abandonne le projet d'aller à St. J. Envisage donc de rester dans le service jusqu'en septembre. La psychothérapeute lui annonce une interruption prochaine des séances de psychothérapie. Aux yeux du psychothérapeute, ne paraît pas affecté. Il enchaîne alors sur ses projets : le dessin industriel ou, s'il ne réussit pas, la profession d'infirmier. S'est attaché à un malade du service. Aide à distribuer les potions, surveille les perfusions, s'occupe d'un malade en cure d'insuline et, en particulier, l'assiste quand il vomit. Pas de répugnance mais évanouissement devant la moindre de ses propres blessures. Raconte que chez lui, il faisait des expériences médicales : il achetait des souris blanches et leur injectait du sérum. Les unes mouraient et, les survivantes, il essayait de les soigner. S'il ne devient pas infirmier, il entrera dans l'usine de son ami, l'ingénieur et il raconte à nouveau les relations avec cet homme. Une autre relation "utile" : un commissaire de police. Revient au thème des vacances et développe toute une idéologie naturiste : le nudisme, le soleil. Sa mère ayant découvert des revues et une carte de naturiste, il en parle comme d'une personne, qui, par ses réactions, s'est manifestée

avec des idées étroites. Au cours de cette partie de l'entretien le patient se met à tutoyer la psychothérapeute. La séance se termine sur quelques généralités, sur les beautés du naturisme qui est, dit-il, une sorte de médecine.

16ème séance : Selon le psychothérapeute, l'entretien prend de plus en plus le tour d'une conversation amicale. Raconte qu'il doit rester dans le service jusqu'en septembre et qu'il n'aura pas de vacances. Allusion au malade du service dont il s'occupe : "On se ressemblait, on se comprenait tous les deux". Projets de baignade ; changement de projet professionnel. Affirme que tout va bien, qu'il n'est plus malade : "En entrant ici, je n'avais qu'une idée, ne tirer une balle dans la tête ; maintenant je n'y pense plus. Ses "copains" et les filles ne l'intéressent plus : il reste tout seul et lit énormément. Au cours de l'entretien, nouveau tutoiement. A près un silence, parle d'Elisabeth, mais avoue qu'elle ne l'intéresse plus beaucoup (a oublié de lui annoncer la date de sa prochaine permission.) Ne lui a pas écrit de nouveau. Convient qu'il s'était intéressé à elle parce qu'il "avait des difficultés avec les filles". Répète avec insistance que les filles ne l'intéressent plus.

17ème séance : La séance porte exclusivement sur Elisabeth. La mère, qui a fait connaissance avec la jeune fille lui a conseillé de poursuivre la correspondance avec son fils. Dit à nouveau qu'il ne sait rien sur Elisabeth et que s'il pouvait il payerait un détective privé pour la surveiller. Redoute de s'attacher à Elisabeth. Dit qu'il cherche à l'oublier par crainte que cela ne recommence comme avec Martine. Il ne la mérite pas : elle est belle, intelligente et gentille. Volonté de comparer sa situation avec Elisabeth à celle qu'il a connue avec Martine. Idée d'une coïncidence parfaite des situations dans la vie. D'où l'idée du destin. Thème de l'abandon ; dépréciation de soi.

18ème séance : Allure assurée : parle de sa dernière permission. A retrouvé deux de ses anciennes amies et il se demande comment il va pouvoir choisir entre Elisabeth, Florence et une troisième, l'une qui est belle et n'a pas d'argent, l'autre qui est belle et qui a de l'argent ... Récit de sa soirée de permission : cabarets, relations sexuelles (abondance de détails dans le récit). Se fait tout de même du souci car redoute que Florence ait un enfant. Bon moyen de la forcer à l'épouser. Dit qu'il veut aussi faire un enfant à Elisabeth pour la forcer à rester attachée à lui et que, s'il avait su, il aurait fait de même avec Martine. Thème de la descendance, de la reproduction des enfants : il voudrait avoir des quantités d'enfants, à la maison, ils étaient sept, mais à son avis c'est insuffisant ; il veut au moins treize enfants. Il monterait une pouponnière .. A nouveau, récit de ses exploits amoureux : raconte avec réalisme qu'elle lui propose dans ses lettres d'avoir des relations sexuelles avec lui et qu'il répond sur le même ton. Il ajoute "C'est à elle que je tiens le plus, car je n'ai pas couché avec elle. Une fois que c'est fait avec les filles, je ne les aime plus". Parle d'une infirmière du service à qui il montre ses lettres : c'est la seule qui puisse arriver à lui faire prendre ses comprimés. Il ajoute qu'il la violera à la première occasion. Dit encore qu'il ne peut obéir qu'aux femmes, qu'il ne peut supporter être commandé par des hommes.

19ème séance : Il a rompu avec Elisabeth : elle lui a envoyé une lettre et il a appris que la mère de la jeune fille voulait la marier avec un riche industriel. Accuse implicitement sa mère d'être mêlée à cette histoire. Monologue haineux sur sa mère : il ne l'a jamais aimée et même il la déteste. "Il aurait mieux valu que ce soit ma mère plutôt que mon père qui y passe ..." "Je crois que si mon père avait vécu, je n'en serai pas là.. J'aurais bien dû recevoir des coups de pied quelque part : Désir d'émancipation civile ; quitter la maison. Se demande si sa mère ne paye pas quelqu'un pour le surveiller quand il est en permission et même à l'hôpital. "Peut-être paye-t-elle les médecins pour savoir des choses sur lui!" A cette occasion il se demande comment sa mère sait un certain nombre de choses qu'il ne lui a jamais racontées et aussi comment les médecins du service savent aussi certaines choses. "Je voudrais que tout ce que je dis

reste entre nous. Je sais que vous êtes sûre, mais Mr. B. (l'interne) doit vous demander des choses sur moi ; vous devez parler avec lui de moi sans le faire exprès. Evocation de Pierrette (une malade d'un service) : dit ne pas être amoureux d'elle ; l'a pourtant embrassée l'autre jour, au cinetière.

20ème séance : Fait remarquer au psychothérapeute qu'elle arrive en retard et qu'il lui offrira une horloge. Thème de l'attente : attendre trois heures un copain ... "Quand on arrive en retard, je ne parle pas pendant cinq minutes"... manque de galanterie quand on fait attendre les filles. Sur une intervention de la psychothérapeute, il dit : "Maintenant, je vous considère comme une copine. Je trouve qu'il ne devrait pas y avoir les médecins et les malades, mais des copains. Les médecins devraient être habillés en civil. Quand le médecin du service me convoque et que je le vois derrière son bureau, je deviens tout rouge et je ne peux pas lui parler. J'attends qu'il ressorte et je lui parle dans le couloir. Les malades prendraient bien mieux leurs médicaments si les médecins étaient leurs copains". Thème des infirmiers copains ... "Je suis maintenant votre copain : nous ne sommes pas des copains d'école, mais des copains d'hôpital. J'ai envie de dire que ce n'est pas de la psychothérapie mais de la copinothérapie" ... "Au début je croyais que vous étiez une psychologue : je ne vous racontais rien ou je vous racontais n'importe quoi ; maintenant je vous raconte tout comme à une copine". Le patient multiplie les compliments amicaux à l'adresse du psychothérapeute mais regrette qu'elle ne lui dise pas ce qu'elle pense de lui. "Je ne peux faire des progrès si je ne sais pas ce que vous pensez". Identification du psychothérapeute à Pierrette. Il ajoute : "Je ne l'aime pas. Cependant Pierrette est quelqu'un en qui on peut se confier". "Mais vous, vous ne me dites pas si ce que je fais est bien ou mal."

21ème séance : La psychothérapeute a quitté l'hôpital pendant 15 jours. Dans le service déprimé, a été accusé d'avoir volé de l'argent. A la séance

ce sentiment d'abandon : rupture avec Elisabeth, tout le monde le "laisse tomber".

22ème séance : Besoin d'évasion : projet de départ en Allemagne. Thème du suicide, de l'abandon, les autres ne s'intéressent pas à lui. Ne parle pas de l'accusation de vol dans le service, mais évocation de la prison. Projet de vengeance "en devenant encore moins sérieux qu'auparavant".

23ème séance : Déprimé ; s'est senti seul pendant sa permission. Ne peut supporter la solitude. Veut un enfant ; veut être traité comme un enfant. Hostilité contre sa mère. Voudrait épouser une femme qui ait déjà un enfant.

24ème séance : Très "en forme" attend son départ mais ne s'occupe de rien en ce qui concerne son travail. Remercie la psychothérapeute d'avoir été "gentille" avec lui. Lui dit qu'elle a pris peu à peu la place de Martine. Lui dit qu'il pense et rêve à elle mais qu'il n'ose pas le dire de peur de lui faire de la peine.

25ème séance : Très assuré. Attend son départ. Diatribe contre les infirmiers. Description de ses activités au Vinatier : de sa "chasse" aux filles. Puis le ton change : il a essayé de s'ouvrir les veines. Déprimé parce qu'il est seul. Refus de sortir avec une fille qu'il paierait, veut attaquer les prostituées. Silencieux, rêveur et mal à l'aise ; la psychothérapeute essaie de déculpabiliser ses fantasmes, ce qui aboutit à un début de passage à l'acte : ne veut pas que la psychothérapeute s'en aille. La raccompagne.

26ème séance : ~~Anxieux~~ (la psychothérapeute est en retard) agressif envers le service et les infirmiers. Agressivité interprétée comme s'adres-

sant à la psychothérapeute. Ne veut plus aller à l'ergothérapie. Fait un lapsus : "Je ne veux plus aller en psychothérapie" (pour ergothérapie).

27ème séance : Récit d'une aventure avec "Monique" rencontrée dans l'hôpital. Parle d'un éventuel mariage avec elle. Veut montrer à sa mère qu'il n'est plus un petit garçon. Sur une confirmation de ce désir enfantin par la psychothérapeute, décide de montrer qu'il est capable de la séduire. S'installe alors un comportement de jeu qui prend l'allure d'un acting-in. Ch. veut empêcher la thérapeute de sortir de la pièce.

28ème séance : Soulagement de Ch. en voyant arriver la thérapeute, quelques excuses. La thérapeute précise à nouveau les conditions de la psychothérapie et essaie d'en donner une sorte de définition. Ch. a l'attitude du petit garçon pris en faute.

29ème séance : Très agressif contre le service, l'ergothérapie, le Dr. M. il dit qu'après sa sortie, il viendra tout de même en psychothérapie. Puis il exprime une sorte de rêve : il a lu une histoire où un garçon de 16 ans était amoureux d'une fille de 28 ans ... il voudrait que la psychothérapeute ait 16 ans ... il inventera une machine à remonter le temps ... il pense que peut-être la psychothérapeute et lui-même chercheront toute leur vie la femme et l'homme idéal et qu'ils se retrouveront ... peut-être dans l'autre monde.

Il quitte ensuite le fantasme pour proposer concrètement à la psychothérapeute de sortir avec lui, il cherche à se procurer son adresse. Il veut qu'elle continue à "lui faire de la psychothérapie" mais qu'elle le voie en dehors des séances.

30ème séance : Cela ne va pas du tout dans le service. Il a dit au Dr. M. que la psychothérapie était arrêtée.

La séance est une diatribe contre le service. Il a décidé de gagner sa vie comme coursier puisqu'on le traite de fainéant. Il a abandonné tout projet d'avenir.

La psychothérapeute est obligée là aussi de se montrer autoritaire, de lui expliquer comment son attitude braque tout le monde contre lui, de lui dire de voir l'assistance sociale et de persister dans son désir de faire du dessin industriel. Au cours de cette séance où elle est la mère qui "fait la leçon" il a cessé de la poursuivre comme objet sexuel.

31ème séance : Silencieux une grande partie de la séance, un silence de refus, il dit : "ce n'est pas la psychothérapie mais c'est vous que je veux.." Il quitte la pièce en prenant la main de la psychothérapeute, en lui envoyant des baisers ...

32ème séance : Il ne vient pas spontanément à la séance, arrive en tenue négligée, insiste bien sur le fait qu'il était en train de lire, Il parle de sa nouvelle conquête : une malade du Dr. A., l'ancienne fiancée de S. un malade du service. Puis il parle de son travail : il aurait envie d'être infirmier ce qui lui paraît être une protection contre la maladie. De là il passe au travail féminin : une femme qui travaille n'est plus une femme. Une femme est faite pour rester à la maison et faire des enfants. En même temps, il rêve d'un monde où l'homme resterait au foyer et où la femme gagnerait l'argent du ménage. Il parle à nouveau du naturisme qui lui paraît un mode de vie où l'on reconnaît enfin les différences entre les sexes.

33ème séance : Tout va bien - Projets d'avenir - valorisation de ses succès féminins. Définition de la femme idéale. Le travail féminin. Nouvel essai pour se rapprocher de la psychothérapeute en "lui faisant la cour".

34ème séance : Toujours les projets de travail et les succès féminins. Désire choquer la psychothérapeute. Trouve qu'il va mieux et qu'il n'a rien à dire. A la fin de la séance, reprend son attitude de jeu vis-à-vis de la thérapeute.

35ème séance : Annonce qu'il est père de deux jumeaux, enfants de "Martine". Son désir de paternité. Nouvelle aventure avec une malade d'un service voisin. Se trouve bien à l'hôpital et désire y rester. Voudrait qu'il y ait une école de dessin industriel. Silencieux en fin de séance. Dit qu'il essaie de laisser à la porte ce qu'il y a d'impulsif en lui-même.

36ème séance : Il a retrouvé toute son ostentation. Il s'est fait la tête des "beatles". Tout va bien. Il apprend à conduire. Son frère aîné lui prêter sa voiture, "mon petit frère", dit-il. Il emmènera la psychothérapeute un jour dans la voiture de son frère. Il sera dessinateur dans une usine atomique comme lui. Il fait un véritable rêve de puissance : il rêve d'une nouvelle machine de guerre. D'un engin pour aller sur la lune. Il fait l'apologie de la guerre : "Donnez moi dix hommes désespérés, et je dominerai le monde", dit-il. Il fantasme sa propre mort avec le désir de laisser quelque chose après lui. En fin de séance le ton change et il retrouve son attitude séductrice.

37ème séance : Les infirmiers sont obligés d'aller le réveiller et il arrive avec un quart d'heure de retard. Il se demande s'il va pouvoir travailler à l'extérieur. Il dit être hostile à la psychothérapie car il a le sentiment que cela aussi le retient à l'hôpital. Il paraît cette fois quitter la pièce sans regret.

38ème séance : Il est tendu et anxieux. Il est très préoccupé par son travail et accuse violemment le service de ne pas s'être occupé de lui. En

fait il est très ambivalent au sujet de sa sortie et resterait bien à l'hôpital s'il pouvait y apprendre un métier. Il exprime cela dans un fantasme : il aimerait être "garde" à l'hôpital pour avoir à la fois un pied dedans et un pied dehors. Il ne vient pas aux deux séances suivantes : la première fois, il est resté endormi ; la seconde, il avait demandé une permission pour le jour de la séance.

39ème séance : Il vient, mais après une entrevue avec l'interne du service qui lui a demandé s'il voulait revenir ou non à la psychothérapie. Alors qu'il était question de lui trouver une place, il a eu la veille un accident de voiture qui lui a occasionné un traumatisme crânien. Il ne se sent pas bien et la séance est écourtée.

40ème séance : On est obligé de le réveiller pour qu'il vienne à la séance, il est très hostile envers le service. Il trouve que l'hôpital devrait prendre modèle sur le confort des pénitenciers américains. Il pense qu'il pourrait devenir criminel : tuer un infirmier ou tuer la psychothérapeute : ce qu'il a à lui dire, il ne peut pas le dire, puisque c'est de la psychothérapie.

41ème séance : Il attend la psychothérapeute, il est furieux contre le Dr. B. (l'interne qui s'occupe de son traitement médicamenteux). Il pense que celui-ci veut le mettre à la porte du service. Il a décidé de tuer le Dr. B. et une infirmière qui lui a dit "que son père était un c.. de ne pas l'avoir corrigé". Cela ramène immédiatement le thème du suicide, il paraît vraiment proche du passage à l'acte.

42ème séance : Il a trouvé une nouvelle amie, désire l'épouser et se "faire émanciper" quand il aura 18 ans. Il le fait "pour embêter ses parents"...

"sa mère reprend-il, puisque mon père ... " Ici il se met à regarder la porte d'un air inquiet, parle à voix basse et dit à la psychothérapeute : "tout à fait entre nous, cela n'allait pas avec mon père avant qu'il noure. S'il avait vécu cela aurait été pire : je ne serais suicidé ou je serais parti à l'étranger ; non cela n'est jamais allé avec mon père, ce que je voudrais, c'est que l'on n'annonce que je ne suis pas le fils de mes parents comme cela je comprendrais pourquoi je n'aime ni l'un ni l'autre". Il fait une sorte de rêve éveillé où il reste le seul maître d'une planète où vivent seulement les gens qui lui plaisent, et il n'énumère que des femmes. Apparaît ensuite le thème d'une valorisation de l'autorité et du charme de la femme et le fantasme d'une société gouvernée par des femmes.

43ème séance : Thème de sa sortie et de son avenir professionnel. Celui-ci paraît être de plus en plus compromis et il cherche des places de bas niveau : il cherche à s'employer comme coursier au super-marché. Il apparaît de plus en plus dépendant du milieu hospitalier.

44ème séance : Ch. est sorti du service. Il revient voir la psychothérapeute avec sa mère qui paraît à la fois autoritaire et anxieuse. Elle essaie de préciser le rôle joué par la psychothérapeute vis-à-vis de son fils, demande "de lui faire un peu la morale" et "de lui interdire de sortir avec des filles". Il ne dit presque rien devant sa mère.

Ch. a été suivi ensuite à raison d'une séance tous les quinze jours non contrôlées par le groupe.

Nous ne discuterons pas des interventions du psychothérapeute mais nous remarquerons seulement que dans l'ensemble, cette psychothérapie peut être considérée comme assez directive, la thérapeute faisant souvent appel à des données conscientes chez le malade et ne laissant pas apparai-

tre ses fantasmes.

D'autre part, chaque fois qu'apparaît un élément hétérosexuel Ch. se réfugie dans ses défenses intellectuelles : la guerre, le nazisme, les découvertes scientifiques où le suit assez volontiers la thérapeute qui reconnaîtra être "intéressée" par les problèmes intellectuels que pose le malade. D'autre part la thérapeute faute de savoir interpréter la relation transférentielle, laisse le malade se réfugier dans un système de défense homosexuelle et dans une "copinothérapie" qui aboutit pratiquement à un refus de la psychothérapie.

Dans l'ensemble, faute de connaissances techniques permettant un maniement de la relation, la thérapeute a pris une attitude intermédiaire entre la psychothérapie et la pédagogie, ce qui n'est peut-être pas si mauvais vis-à-vis d'un adolescent où une psychothérapie analytique aurait pu atteindre trop profondément une personnalité immature.

Tout au long de cette psychothérapie, nous nous sommes heurtés à un certain nombre de problèmes inhérents, soit à la structure hospitalière, soit au groupe lui-même, et ces problèmes nous paraissent suffisamment généraux pour nous permettre d'envisager d'une part les obstacles que rencontre l'interne dans sa formation psychothérapique en milieu hospitalier, d'autre part l'apport que peut lui fournir une expérience de contrôle en groupe.

3ème CHAPITRE :

L'INTERNE ET LA PSYCHOTHERAPIE EN
MILIEU HOSPITALIER.

1°) L'HOSPITALISATION.

Nous analyserons tout d'abord les problèmes inhérents à l'hospitalisation du malade suivi en psychothérapie.

Tout malade, hospitalisé en milieu psychiatrique ou en médecine générale, présente une réaction habituelle à l'hospitalisation qui est la mise en situation de passivité par rapport au milieu thérapeutique. Même si le malade s'est fait hospitaliser librement, il est mis en situation de dépendance.

On se trouve alors dans des conditions très particulières pour pratiquer un traitement psychothérapique.

Celui-ci est proposé au malade qui peut bien entendu l'accepter ou le refuser, mais la demande ne vient pas de lui.

Dans une situation extra-hospitalière, soit le malade vient de lui-même demander une psychothérapie car il sait ce dont il s'agit et pense en avoir besoin, soit celle-ci lui est proposée par le médecin mais le malade garde un libre choix total.

En milieu hospitalier cela est différent. On ne peut le plus souvent proposer au malade qu'un seul psychothérapeute, d'autre part le traitement psychothérapique, bien que ne lui étant pas imposé, s'intègre à tout ce qu'il reçoit passivement de l'hôpital : les médicaments, les activités organisées, l'ergothérapie.

Au départ, l'on se trouve donc devant un malade qui vient à sa séance sans demande réelle de sa part.

Cependant bien que faisant partie de tout ce qui est apporté par l'hôpital et reçu plus ou moins passivement par le malade, la psychothérapie est un traitement privilégié et ainsi ressenti par les patients.

Entreprendre une psychothérapie, c'est forcément choisir, élire parmi plusieurs, celui qui aura le privilège d'entretiens fréquents et prolongés avec le médecin.

C'est donc aussi repousser la demande d'autres malades : il arrive que l'on soit bien embarrassé et bien coupable d'entendre une malade vous demander de la "prendre en psychothérapie" puisque sa voisine de chambre est vue régulièrement par l'interne et qu'elle ne l'est pas. La malade suivie est vécue comme une privilégiée par l'ensemble du service et elle-même est souvent consciente de son privilège.

Ce sentiment de frustration peut entraîner des comportements de groupe particulièrement agressifs.

Les malades d'un service hospitalier connaissent les heures où sont occupées les salles de psychothérapie. Elles s'installent devant la porte, parlent très haut, font le plus de bruit possible et ébauchent une entrée dans la pièce.

Elles essaient ensuite de savoir ce qui s'est passé pendant la séance et éventuellement de comparer un psychothérapeute à l'autre.

On a vu apparaître des phénomènes nouveaux à l'intérieur d'un pavillon où plusieurs psychothérapies étaient pratiquées simultanément par le même médecin : les malades du Dr. X. se groupaient, formaient un clan, avaient leur coin dans la salle de réunion, leurs disques, leurs activités, sans lien avec les autres, à la fois tenues et se tenant à l'écart.

On peut observer un phénomène inverse, la malade se trouvant pratiquement isolée dans le service puisqu'elle est en psychothérapie.

Il est arrivé qu'une malade suivie par un médecin extérieur ne soit vue par les médecins du service que pour changer la dose de barbituriques administrée le soir. Il s'agissait de ne pas interférer dans la relation établie par la malade avec son médecin, mais cela comporte aussi une authentique part d'agressivité : abandonner totalement la malade à son psychothérapeute, c'est au fond lui donner un statut à part de celui des autres, mais cette fois, non plus privilégié, mais dévalorisé puisqu'elle voit beaucoup moins le médecin du service. On ~~constate~~ ^{constate} tout ce que cela comporte pour elle de rejet agressif.

Dans le cas de Ch. que nous avons décrit longuement, la psychothérapie apparut également comme lui donnant un statut à part de celui des autres malades du service. Il semble qu'à un certain moment, le traitement psychothérapique n'ait pas facilité mais compromis la sortie et que l'on ait moins discuté des problèmes réels de sortie et de travail à propos de ce malade, dans un souci de ne pas intervenir dans la relation psychothérapique.

2°) LE PERSONNEL SOIGNANT.

L'attitude de l'équipe infirmière également, est différente devant un malade suivi en psychothérapie.

On se demande en réunion d'équipe si Mme A. peut faire la vaisselle, balayer ou aller à l'ergothérapie, bien qu'elle soit suivie par l'interne du service. Ce qui veut dire aussi : nous nous en désintéressons puisque vous l'avez prise en charge, et que vous vous jugez plus capable de vous en occuper.

L'équipe soignante parce qu'elle est mal informée et non formée aux techniques psychothérapiques, et nous retombons à nouveau sur le problème de la formation des infirmiers qui paraît faire cause commune avec celui de la formation de l'interne, supporte mal une telle élection d'un malade.

D'autant plus mal que le choix se porte souvent sur l'intellectuel du service, celui qui a parfois un niveau supérieur à celui des infirmiers. Ce sont ces malades capables de prise de conscience et de verbalisation à qui l'on propose souvent une psychothérapie car il faut bien dire que la relation psychothérapique passe par la parole et qu'elle peut se trouver gênée au niveau des mots.

Quoiqu'il en soit l' "intellectuel" est mal supporté dans les services hospitaliers : à propos d'une étudiante, licenciée d'histoire, débutant une schizophrénie, vue par plusieurs médecins puis suivie en psychothérapie par l'interne, une infirmière intelligente et énergique s'ex-

prinaït de la manière suivante : toutes ces étudiantes, elles passent leur temps à se réunir pour parler de philosophie. Si au moins elles avaient besoin de gagner leur vie, elles ne seraient pas malades. Ce qu'exprimait cette infirmière à la fois comme revendication sociale et comme revendication affective, il était impossible de le lui interpréter.

De même la psychothérapie de Ch. fut décidée en raison de son état dépressif, mais aussi en raison de son quotient intellectuel à 120. Dans le service, à ses livres de géographie et d'astronomie, à ses aspirations intellectuelles, s'ajoutait le fait qu'il voyait longuement un médecin deux fois par semaine, et cela n'était pas sans contribuer à un rejet réel par l'équipe infirmière.

De toutes façons, quelle que soit le malade, il faudra toujours faire un choix.

Le jeune psychothérapeute dans son désir de prendre en charge des malades, se heurte parfois à des réactions imprévisibles de l'environnement hospitalier, il s'agit du désir inconscient de faire échouer la psychothérapie entreprise. Parfois en la culpabilisant : je proposai à Mme A. de la suivre. On ne dit avec un sourire entendu que c'était une homosexuelle.

Il semble que la relation psychothérapique soit encore vécue comme assez trouble par l'équipe soignante : Danielle, une jeune malade particulièrement jolie fut un jour envoyée dans le service pour une indication de psychothérapie. J'eus la surprise d'entendre dire qu'elle n'aurait aucun mal à trouver un psychothérapeute puisqu'il s'agissait d'une jolie fille et que tout le monde savait bien que les internes ne s'intéressent qu'aux malades jolies. Nous ne disons pas que cette motivation n'intervient pas, mais que l'entourage infirmier en faisait un facteur déterminant pour rendre équivoque cette relation.

Il est tout à fait compréhensible que l'exercice de la psychothérapie en milieu hospitalier soulève souvent l'hostilité des infirmiers. Nous en avons trouvé une analyse très complète faite par Racamier :

"L'exercice de la psychothérapie est à première vue frustrant pour les soignants ... il risque de les priver de la satisfaction d'un besoin normal et impérieux, le sentiment d'identité et de par-

ticipation professionnelle. Le sentiment dévalorisant lui apparaît bien vite, si l'on n'y veille pas, que la psychothérapie se déroule tout à fait en dehors et au-dessus de lui, sans qu'il y puisse participer que par des activités mineures, marginales et parfaitement secondaires".

Ce sentiment de participation professionnelle est très important pour l'équipe soignante. On a entendu des infirmiers réclamer que l'on traite les malades par piqûres plutôt que par des comprimés, non par "agressivité" mais pour avoir le sentiment de faire quelque chose pour le malade en établissent avec lui un contact corporel plus étroit.

Il en est de même pour les traitements biologiques, cure de Sakel ou chocs humides insuliniques, qui augmentent chez les soignants le sentiment de participation professionnelle, grâce à la surveillance clinique étroite et au contact profond avec le malade qui s'établit au moment du réveil.

En effet l'équipe soignante a le sentiment d'être exclue d'une relation qui doit rester secrète entre le psychothérapeute et son malade. Elle réagit alors à cette exclusion de façon parfois évidente : une infirmière entre plusieurs fois de suite dans la pièce où se déroule une psychothérapie en s'excusant à chaque fois, ayant "oublié" que la salle est occupée.

Une autre recueille les malades à la sortie d'une séance angoissante et les console de la dureté de leur psychothérapeute. Elle dit ensuite que les malades se confient beaucoup plus à elle qu'à leur médecin.

D'autre part, le traitement psychothérapique ne rend pas les malades plus "faciles" bien au contraire, mais souvent plus anxieux, les amenant à extérioriser leurs conflits.

Il est donc indispensable d'associer les infirmiers au travail psychothérapique. Mais il est également indispensable que le secret de la psychothérapie soit absolu ou partagé entre un minimum de personnes comme cela se fait au cours d'un contrôle.

Il y a cependant des solutions permettant de concilier ces deux aspects. La réunion d'équipe en est une. Il est possible sans trahir la malade de fournir quelques explications sur ses difficultés et de donner à

l'équipe infirmière un autre point de vue sur son comportement.

Le personnel soignant réclame fréquemment des éclaircissements théoriques sur ce qu'est la psychothérapie et ce qu'elle n'est pas, mais il s'agit en réalité d'une défense contre le désir de savoir ce qui se passe au cours d'une séance. Ce besoin peut être partiellement satisfait en intégrant un ou plusieurs infirmiers à des groupes de malades à visée psychothérapique. L'infirmier est alors libre d'être soit observateur, soit de participer à la discussion.

Intégrer les infirmiers à l'ensemble du travail médical, y compris les traitements psychothérapiques, constitue un progrès dans la relation médecin-personnel soignant et par là même, pour le malade une nouvelle possibilité thérapeutique.

Et là encore, à propos de la formation de l'interne à la psychothérapie, nous nous ~~poserons~~ celle des infirmiers.

Ce facteur "hospitalisation" crée donc une situation problématique à laquelle il faut trouver des solutions.

3°) ESSAI DE DEFINITION D'UNE PRATIQUE PSYCHOTHERAPIQUE EN MILIEU HOSPITALIER.

Il est souvent difficile d'appliquer à l'hôpital une technique psychothérapique assez stricte car on se trouve dans une situation nouvelle réclanant peut-être une technique nouvelle.

Nous pouvons prendre en exemple l'impossibilité d'observer une situation psychothérapique parfaitement "aseptique" où le malade n'a pas avec son médecin de contacts extra-analytiques. Le chef de service ou l'interne savent bien quel est le comportement du malade à l'hôpital et sont amenés à intervenir sur un plan de réalité. Nous verrons plus loin que ce problème peut être résolu, quoiqu'imparfaitement par la bipartition des rôles.

D'autre part, nous nous heurtons au grand nombre des malades présentant une indication de psychothérapie et au très petit nombre pou-

vant être suivi. Les raisons en sont simples : nous ne parlerons pas seulement du manque de psychothérapeutes réellement qualifiés, mais aussi du manque de médecins à tous les niveaux de la hiérarchie et aussi du fait que tout traitement psychothérapique occupe pour un petit nombre de malades, le temps dont il faudrait disposer pour un grand nombre. Ceci amène le médecin à effectuer les psychothérapies en supplément des horaires de travail destinés à l'ensemble du service et ceci sans recevoir aucune rétribution.

Il faudrait donc pouvoir soigner davantage de malades en gardant le même nombre de psychothérapeutes et dans le même temps.

Le problème a pu être résolu par l'institution de groupes de malades mais ceux-ci sont de manienent difficile, demandant un long apprentissage pour être réellement efficaces.

4°) Dans un second temps nous envisagerons LA PLACE DU PSYCHOTHERAPEUTE PAR RAPPORT A L'INSTITUTION HOSPITALIERE.

La hiérarchie.

Le psychothérapeute s'il n'est pas entièrement étranger au service, se trouve en situation hiérarchique.

Tel est le cas de l'interne en face du chef de service. Il s'agit alors d'un conflit d'autorité vis-à-vis du malade : l'interne désirait assumer entièrement la relation avec lui alors que le chef de service entend bien continuer à la contrôler.

Ceci aboutit parfois à une sortie "involontaire" et prématurée d'un malade suivi par l'interne ou alors à un refus de sortie à un moment où cela semblerait aider la psychothérapie.

Il apparaît au cours de la psychothérapie de Ch. que la relation a été bloquée à un moment, parce que le malade ne sortait pas et que cela l'amenait sans arrêt à parler de problèmes de réalité : son désir de sortir et son angoisse de n'avoir pas de travail, ce qui entravait le déroulement de la psychothérapie. Le thérapeute eut alors l'impression que

le chef de service ne faisait pas tout ce qu'il devait pour ce malade, que le service social ne s'en occupait pas et que l'institution l'empêchait de mener à bien son traitement. Le problème fut même posé de laisser, dans une telle situation, le psychothérapeute aborder les problèmes de réalité du malade, en l'occurrence ses difficultés professionnelles et même intervenir activement pour hâter une sortie ou un reclassement.

D'autre part ce ne sont pas la plupart du temps des malades de tout repos qui sont confiés par le chef de service à l'interne débutant en psychothérapie, mais c'est souvent la malade la plus difficile du service qui a découragé successivement plusieurs thérapeutes qui finit par n'avoir plus d'autre recours que l'interne et c'est avec de telles malades qu'il va faire ses débuts en psychothérapie. Qui en souffre le plus ? Il n'est pas sûr que ce soit le malade.

Le conflit de rôles.

L'institution pose à côté des problèmes hiérarchiques, celui des conflits de rôles.

Ce problème a beaucoup été étudié, particulièrement par les psychothérapeutes de psychotiques. Ceux-ci envisagent le conflit de rôles du médecin chef de service qui se trouve être en même temps psychothérapeute, et qui devient un personnage à double face, l'une "administrative", l'autre fantasmatique.

Nous envisagerons ici le problème tel qu'il se pose pour l'interne pratiquant des psychothérapies à l'hôpital psychiatrique.

Celui-ci possède à l'intérieur de son service un rôle double : à la fois psychothérapeute et personnage réel investi d'une certaine autorité. Le malade sent rapidement qu'il peut jouer sur les deux personnages.

Il est fréquent qu'un patient ou un groupe de patients raconte en psychothérapie ses déboires avec les autres malades ou avec l'équipe infirmière. Souvent la neutralité du thérapeute est interprétée comme un assentiment et le malade prétexte alors les "ordres" de son médecin pour

l'a envoyé faire une course parce qu'on n'a plus pensé que

L'hostilité peut se marquer de façon encore plus évidente : à propos de Ch. dont nous avons décrit l'évolution, chaque fois que la psychothérapeute arrive pour la séance, les infirmiers appellent le malade, ^{lui} conseillent ostensiblement d'aller mettre une cravate et lui disent même un jour que sa "maîtresse" est là.

Cependant le principe d'effectuer des "psychothérapies croisées" dans un service où l'on n'a pas, ou plus de rôle hiérarchique reste très valable.

Cela évite au thérapeute de se trouver dans une situation difficile de ce type :

Melle P. suivie en psychothérapie par une interne extérieure au service s'agite et menace de casser les vitres au retour de chaque séance car elle n'est pas encore capable de verbaliser son agressivité. On est obligé d'avoir un comportement très autoritaire avec elle. Dans quelle situation se trouverait la psychothérapeute si elle était en même temps interne du service .

D'autre part, alors qu'il est parfois difficile d'être étranger au pavillon où l'on suit un malade, dans certains cas cela apparaît au contraire beaucoup plus positif, l'équipe infirmière se trouvant plus libre d'exprimer ses réactions devant quelqu'un qui n'est plus en situation hiérarchique.

Partage des rôles entre un "chiniothérapeute" et un "psychothérapeute".

Au cours de l'expérience du groupe de formation que nous relaterons dans la dernière partie de ce travail, nous avons pu observer l'évolution de psychothérapies poursuivies ainsi en partageant les rôles avec un interne "chiniothérapeute", s'occupant des médicaments, des permissions et de la sortie et un interne "psychothérapeute".

Nous avons observé les avantages de ce système qui permet au

psychothérapeute d'être tout à fait libre vis-à-vis de son malade ainsi que l'évolution de cette bi-partition des rôles au fur et à mesure de la maturation du groupe de contrôle.

Il est intéressant de noter comment se transforme la situation de rivalité thérapeutique entre les deux médecins s'occupant sur des plans différents du même malade.

Au départ la rivalité entre chimiothérapeute et psychothérapeute s'est établie au niveau du médicament, l'un apparaissant comme tout puissant, disposant du produit pharmacologique, de la possibilité de donner des permissions et de faire sortir le malade, l'autre se sentant aux prises avec des difficultés bien plus considérables.

Dans un second temps, il s'est agi d'une rivalité psychopathique, seul l'abord psychologique du malade étant valorisé, tandis que donner le médicament apparaissait comme une activité secondaire.

Au cours de l'évolution du groupe de formation, on se demande à propos d'un malade qui ressentait une grande frustration orale, s'il ne serait pas opportun que son psychothérapeute lui donnât lui-même le médicament. Cette solution ne fut pas du tout acceptée par le thérapeute qui considérait comme secondaire le rôle de distributeur de médicaments par rapport à une activité psychopathique très valorisée.

Nous voyons là apparaître un danger qui est celui de créer deux catégories de psychiatres, une catégorie "noble" maniant la relation psychologique et une catégorie "secondaire" se contentant du médicament. En fait il s'agit là d'un piège où tombe le psychothérapeute à ses débuts, car la relation psychologique lui paraît toute puissante et magique. Narcissiquement elle est beaucoup plus satisfaisante que l'administration médicamenteuse : il n'y a pas d'intermédiaire entre le malade et le médecin et il est très satisfaisant de "faire mieux que le largactil". Il y a cependant des cas où il est plus efficace que le meilleur psychothérapeute.

En fait, on s'aperçut peu à peu dans le groupe que l'administration médicamenteuse était elle aussi un acte psychopathique et la rivalité entre les deux thérapeutes s'établit sur le plan de l'abord psychologique du malade.

Celui-ci sait bien que c'est au Dr. X. qu'il devra réclamer

un changement de traitement et non à son psychothérapeute, mais inévitablement il va chercher à avoir deux thérapeutes et à les opposer l'un à l'autre, en cherchant, par exemple, à se faire rassurer après ses séances de psychothérapie.

Mlle C. est une jeune fille de 18 ans qui vient demander des conseils au sujet de son travail et de sa sortie, mais elle vient en fait demander si sa psychothérapie durera longtemps, si cela la changera et ne dire qu'elle l'angoisse.

Une autre malade ne dit rien en psychothérapie, mais en revanche parle sans arrêt quand elle vient faire renouveler ses médicaments car elle trouve cette seconde relation plus rassurante.

Le psychothérapeute peut alors avoir l'impression qu'on lui prend sa place et qu'en réalité la séance a lieu avec son camarade.

Il n'en demeure pas moins que le psychothérapeute s'est toujours trouvé très soulagé de ne pas avoir à intervenir sur le comportement de la malade dans le service, et sur ses déliés avec ses compagnes ou avec les infirmières.

Il est même parfois utile que le psychothérapeute ignore tout de ce que fait la malade dans le service.

Nous avons établi dans le groupe de formation dont nous faisons l'étude que, lors des réunions, l'interne "chimiothérapeute" apporterait des informations concernant les relations de la malade à l'intérieur du service et établirait une sorte de fiche de comportement.

En fait, il est arrivé que le récit du comportement vienne compliquer la relation psychothérapique :

Mlle C. dont nous avons déjà parlé, s'agite beaucoup, casse les vitres et menace de se suicider. Son état entraîne une angoisse importante des autres malades et des infirmières, aucun neuroleptique ne la calme et nous sommes obligés de la canaliser.

L'interne qui la suit en psychothérapie ignore tout de ce comportement au moment des séances, mais il l'apprend lors d'une réunion du groupe de contrôle.

Il apparaît que le récit de l'agitation de la malade à l'inté-

rieur du service entrave la relation psychothérapique, car le thérapeute le ressent inconsciemment comme une mise en accusation, se sent responsable de l'agitation de la malade, ce qui modifie son attitude à la séance suivante.

Au début de son évolution, le groupe de contrôle avait proposé que l'on fasse sortir le psychothérapeute au moment où l'on parlerait des problèmes posés par le malade dans le service. En fait, cette solution, trop frustrante pour le psychothérapeute, s'est vite avérée inapplicable.

Par ailleurs, dans d'autres cas, la confrontation de l'évolution de la relation psychothérapique et du comportement a été un enrichissement dans la compréhension de la malade.

Mme G. est suivie depuis plusieurs mois et l'interne qui effectue le traitement a l'impression qu'elle n'évolue pas. En fait l'interne du service où est hospitalisée la malade note un changement net avec recherche du contact auprès de ses compagnes et auprès des infirmières ce qui permet d'avoir une vue plus objective de l'évolution de Mme G.

Nous avons donc envisagé, à propos du rôle de l'interne, le problème de la situation du psychothérapeute au sein de l'institution hospitalière.

Mais on ne saurait aborder le problème de la psychothérapie en milieu hospitalier en limitant le terme de relation psychothérapique à la relation individuelle médecin malade.

Le rôle psychothérapique de l'institution.

En fait c'est l'institution toute entière qui entre dans la relation thérapeutique.

Nous avons dit que l'administration médicamenteuse comportait tout un abord psychologique du malade.

C'est par l'intermédiaire du médicament que peuvent se faire jour des attitudes psychothérapiques.

V. est un grand schizophrène dont la vie et la pensée comportent tout un rituel obsessionnel, il a - par bonheur - une bronchite chronique et on lui prescrit des perfusions de fortes doses d'antibioti-

ques. Le voila couché, piqué à heures fixes, entouré des infirmiers qui surveillent le traitement. Il mobilise tout le monde par l'intermédiaire de son affection somatique.

Au bout de trois semaines V. a toujours sa bronchite mais ne délire plus.

Mme M. est une phobique dont l'abord psychologique, malgré un niveau normal est actuellement absolument impossible. Elle se retranche derrière tout ce qu'elle a souffert pendant la guerre. La relation se noue avec elle autour du Valium qui devient le vecteur de la psychothérapie. De demi-comprimé en demi-comprimé, on arrive à trouver la dose qui lui permet de sortir. Elle n'a pas substitué à sa dépendance vis-à-vis de sa mère, sa dépendance vis-à-vis du thérapeute mais vis-à-vis d'un couple médicament-psychothérapeute.

Si le médicament participe de la situation psychothérapique c'est aussi tout le groupe soignant qui peut ou non constituer un milieu thérapeutique.

Au cours de l'hospitalisation il se produit chez le malade un transfert sur l'ensemble du groupe.

C'est d'ailleurs ce transfert dilué et peu angoissant qui compromet parfois l'établissement d'une psychothérapie individuelle dans la mesure où le malade a déjà établi des relations transférentielles avec le groupe.

Mme B. reproduit avec le groupe soignant la situation qu'elle trouve chez elle avec son père. Chaque fois qu'elle sortait celui-ci la frappait. Dans le service, à chaque permission, elle boit, s'agite ou se sectionne les veines, de façon à être réintégrée de manière dramatique et à pouvoir demander la correction tant désirée.

Nous voyons souvent les malades psychotiques établir des relations transférentielles particulièrement nettes et choisir en quelque sorte dans le groupe un personnage faisant office de "bonne mère" et l'autre de "mauvaise mère".

Mlle G. est une hébéphrène qui polarise toute l'agressivité destinée à sa mère sur l'ergothérapeute qui est transformée en persécutrice tandis que toute sa dépendance s'adresse à une autre malade.

C'est aussi l'institution qui en tant que structure sécurisante représente un facteur psychothérapique.

L'autorité rassure et la permanence d'une hiérarchie sécurise le malade qui peut s'apercevoir que ses manifestations d'angoisse ou d'agressivité ne détruisent rien autour de lui.

Nous avons observé que l'agitation ou l'anxiété dans un service est beaucoup plus importante pendant la période des vacances où il existe une destruction^{toration} relative de la hiérarchie.

C'est ainsi que l'hospitalisation touche à un problème important pour les individus et pour les groupes : leur réaction à l'autorité et leur mode d'adaptation à celle-ci.

La durée des psychothérapies pratiquées à l'hôpital.

La psychothérapie dans l'institution hospitalière pose donc de nouveaux problèmes et l'un des moindres n'est pas celui de la durée des psychothérapies.

Tout le monde s'accorde pour fixer un tel traitement au moins à deux ou trois ans.

Comment suivre alors les malades après une hospitalisation moyenne de deux ou trois mois.

Quelles sont les possibilités pratiques pour l'interne par exemple de continuer à suivre ses malades après deux ou trois mois de psychothérapie. Il ne peut pas convoquer tout le monde à l'hôpital et d'ailleurs les malades souvent ne reviennent pas.

Faut-il alors faire sortir l'interne de l'hôpital et lui permettre de fonctionner dans les futurs dispensaires de secteur, comme cela existe à Paris dans le XIII^e arrondissement.

Faut-il au contraire décider que l'on ne pratiquera à l'hôpital psychiatrique que des psychothérapies dites "courtes" selon la technique d'Alexander et French avec interventions actives du thérapeute, éloignement ou rapprochement des séances.

Cette méthode enthousiasme immédiatement le psychothérapeute débutant car il y trouve une réponse à ses problèmes. En fait, il faut des années de pratique psychothérapique avant d'arriver à un tel maniement de

la relation.

Faut-il alors reprendre l'argument du "temps de l'internat" et refuser à l'interne la possibilité de faire des psychothérapies. En effet celui-ci n'est pas un élément stable dans un service hospitalier. La durée de son stage varie entre six mois et trois ans dans de rares hôpitaux où l'interne garde le même service pendant tout son internat.

Voilà un argument qui lui interdirait la pratique psychothérapique.

Mais par ailleurs le rôle que jouait l'interne, il y a plusieurs décades, prenant les tensions et surveillant les températures n'a plus de sens dans l'état de la psychiatrie actuelle où l'on a besoin que tous les médecins participent à la thérapeutique psychiatrique. Comment alors interdire à l'interne un domaine où se font aujourd'hui les recherches les plus actives, celui de la psychothérapie des maladies mentales.

On ne voit de solution que dans une formation de l'interne aux techniques psychothérapiques et dans la possibilité pour lui de poursuivre les psychothérapies entreprises.

C'est dans cette optique que nous aborderons l'étude d'un groupe de formation des internes à la psychothérapie.

4^{ème} CHAPITRE :

ETUDE D'UN GROUPE DE FORMATION PSYCHOTHERAPIQUE.

Nous nous proposons d'envisager l'évolution d'un groupe de formation des internes à la psychothérapie et comment celui-ci peut répondre aux besoins d'enseignement de la psychothérapie en milieu hospitalier.

Nous étudierons un ensemble complexe aux inter-relations multiples : malade - psychothérapeute - groupe - cet ensemble entrant à son tour en relation avec le médicament.

1°) LES RELATIONS DU GROUPE AVEC LE MEDICAMENT.

Celui-ci, en l'occurrence le surmontil, était introduit, comme nous l'avons dit plus haut, dans le but d'une expérimentation. Le groupe était chargé à l'origine de juger de l'effet du médicament sur l'évolution de la psychothérapie, le malade recevant pendant quinze jours le médicament actif et pendant quinze jours un placebo.

L'introduction du médicament a été intéressante à divers points de vue : elle a permis d'observer des modifications dans le mouvement de la psychothérapie suivant que le malade était au médicament actif ou au placebo. Ceci ayant déjà fait l'objet d'un travail. (communication au Congrès de Birmingham).

D'autre part elle a permis d'observer comment est vécue l'administration médicamenteuse par le psychothérapeute et par le groupe.

Le problème du médicament apparut surtout au début de l'évolution du groupe.

Pendant les périodes où le déroulement de la psychothérapie n'est plus satisfaisant, le thérapeute a tendance à en rendre responsable

le médicament.

Ch. s'endort sur sa chaise pendant toute une séance de psychothérapie. Celle-ci succède à un entretien où le malade avait formulé une intense demande d'aide maternelle que n'avait pas explicité la thérapeute. La somnolence du malade pouvait être interprétée comme un mouvement régressif du petit garçon devant sa mère ou comme une attitude d'opposition.

Or, au cours de cette séance, la thérapeute a l'impression que tout est de la faute du médicament et que l' "on" a endormi son malade. Or après vérification du traitement, on s'aperçut que le malade n'était pas au médicament actif mais au placebo.

Ainsi devant l'impossibilité d'interpréter une attitude du malade, le médecin se retranche derrière l'effet du médicament.

Cette expérience renvoyant à une attitude très générale du psychiatre : le malade est anxieux parce qu'il a trop de médicaments et l'on rajoute un correcteur.

Ou bien il est anxieux parce qu'il n'a pas assez de médicament et on augmente la dose. Sans se préoccuper toujours de la signification de cette anxiété.

Nous citerons un autre exemple : une malade suivie dans le groupe présentait de fréquents épisodes d'agitation au cours desquels elle recevait de fortes doses de neuroleptiques. En période de difficultés psychothérapiques, le thérapeute se demandait devant le silence de sa malade et ses allures prostrées si, par hasard, on n'avait pas continué les calmants après la phase d'agitation et si ce n'était pas cela qui perturbait la relation.

C'est en période de difficultés également que le psychothérapeute se demandait si le médicament prescrit était bien celui qui convenait à la malade et s'il ne fallait pas en changer. Là aussi on observait dans des conditions particulièrement favorables une autre attitude du psychiatre : changer de neuroleptique ou de tranquillisant pour mieux traiter sa propre anxiété.

L'alternance médicament actif-placebo a permis d'étudier l'at-

titude d'un groupe de médecins devant le problème du placebo.

Le psychothérapeute ressent la plupart du temps l'emploi du placebo comme une tromperie vis-à-vis du malade. Il a l'impression que celui-ci devient l' "objet" d'une expérimentation et que cela contient un élément agressif.

En fait, au cours de n'importe quel traitement, médicamenteux ou psychothérapique, le malade est, à un moment donné, "l'objet" de la thérapeutique et considéré "objectivement" par le thérapeute, ne serait-ce qu'à cause de la distance que le médecin est obligé de prendre pour le soigner.

D'autre part, c'est de toute l'agressivité inconsciente du thérapeute vis-à-vis du malade qui ne guérit pas assez vite à son gré qu'est accusé le médicament placebo.

Parfois le psychothérapeute a l'impression que l'administration du placebo, ignorée aussi bien de lui que du malade, crée entre eux une certaine complicité.

Pour d'autres, donner un placebo apparaît comme une gratification narcissique pour le psychothérapeute : il a ainsi l'impression d'être tout puissant vis-à-vis de son malade et qu'il peut se passer du médicament.

Nous citons là des attitudes vis-à-vis du placebo que nous a permis d'observer le groupe. En fait il s'agit d'un problème complexe et qu'il faudrait discuter longuement : pourquoi le placebo est-il banni de certains services comme un véritable poison ? Pourquoi à l'inverse le placebo est-il administré sous des noms divers dans d'autres services de psychiatrie, Conseillé et utilisé comme un véritable médicament, par exemple dans les cures de sommeil où on le substitue aux barbituriques ?

De quel pouvoir magique est-il investi pour être tantôt déprécié tantôt valorisé ?

Peu à peu, au fur et à mesure de l'évolution du groupe, le médicament apparut de moins en moins au cours des discussions. Cependant il reste source de culpabilité et de conflit, comme cela apparaît dès que le problème du placebo est à nouveau évoqué. Comme cela apparaît également en

l'absence du leader du groupe qui est censé avoir imposé l'emploi du surmontil.

Le problème du médicament revient alors à nouveau en discussion: on invoque la possibilité d'utiliser d'autres produits pharmacologiques ou l'on découvre que la malade suivie reçoit d'autres médicaments que le surmontil ; lors d'une séance, en l'absence du leader, le groupe apprend que Mlle C. reçoit en plus du thymo analeptique, un inhibiteur de l'appétit qui pouvait jouer aussi comme psychotonique.

Donc, d'un commun accord, chimiothérapeute, psychothérapeute et groupe n'ont pas oublié mais refoulé le médicament.

C'est de toute la relation ambiguë du thérapeute avec le médicament qu'est chargé le groupe : le médicament ne fait rien ou il fait tout et il est difficile de situer l'action chimiothérapique par rapport à l'action psychothérapique.

2°) L'évolution du groupe vers un objectif de formation.

Constitué au départ pour contrôler les effets d'une expérimentation, le groupe évolua rapidement et nettement vers un objectif de formation et c'est ce deuxième aspect que nous allons plus particulièrement étudier.

Il avait été posé au départ que le psychothérapeute suivait la technique qui lui convenait ou sa propre intuition, le groupe se contentant de ~~centro~~^{ler} les divers mouvements de la thérapie, ce qui permettait d'observer l'évolution d'une pratique psychothérapique spontanée en milieu hospitalier.

Mais il se dégagea progressivement du groupe un langage et des attitudes communes, une technique d'inspiration analytique devenant prévalente.

Le groupe répondait alors au besoin d'enseignement des internes : définition des termes analytiques puis emploi de plus en plus fréquent à l'occasion du récit des séances - définition d'une nouvelle séméiologie du comportement au travers de l'évolution de la relation psychothé-

rapique : situations de répétition - établissement de transfert ... - définition d'une nouvelle attitude non directive par opposition à un comportement spontanément assez directif des thérapeutes.

Les relations des psychothérapeutes avec le groupe .

Cette structuration du groupe a une fonction rassurante par la cohésion qu'elle crée entre les participants, mais en même temps elle est critiquée par les psychothérapeutes.

Dans l'ensemble ceux-ci qualifient de ~~den~~native l'attitude des leaders et considèrent qu'ils jouent le rôle d'un véritable sur-moi vis-à-vis des participants.

Nous citerons quelques réactions rencontrées :

L'image du groupe s'interpose à l'intérieur de la relation entre le malade et son médecin : celui-ci peut réfréner une intervention spontanée en pensant que les participants la lui reprocheraient. Ou bien il peut intervenir, mais avec mauvaise conscience, en sachant que son interprétation ne "passera" pas devant le groupe.

Un des participants se trouve subjectivement moins "bon" avec les malades. Il dit essayer d'appliquer les normes du groupe et éprouve des difficultés à passer de son contact spontané avec le malade à l'application d'une technique.

Ce problème a été évoqué dans d'autres conditions par Balint "Chaque fois qu'il interroge un malade, le médecin a constamment à l'esprit le leader du groupe. Ainsi l'entretien ... est mené de façon à le mettre en valeur devant le leader, à lui montrer qu'il a eu tort ou pour montrer qu'il a bien appris sa leçon".

Quant au patient, il se trouve "lié, non seulement à son médecin, mais aussi avec l'ensemble du système de formation du médecin et toute l'ambivalence qui en découle".

Ceci pose le problème de la spontanéité du psychothérapeute en face du groupe. Spontané dans sa relation avec le malade, il ne l'est que difficilement et en fonction de sa propre liberté intérieure devant le groupe.

Nous citerons l'opinion d'une participante : le groupe l'empê-

che de suivre son attitude psychothérapique spontanée. Elle pense qu'il faut intervenir activement quelquefois, être plus directif que ne le proposent les leaders. Elle ressent leur attitude comme une structure absolument extérieure à elle, comme un "carcan". Elle cite Montaigne et demande de "laisser l'enfant faire seul ses premiers pas".

On assiste alors à l'élaboration de défenses contre le groupe, par les psychothérapeutes.

Là réaction la plus simple est la fuite : un des participants ne revient pas ou bien cesse de présenter un malade pendant plusieurs séances. Plus rarement il entre dans une attitude d'opposition franche en contestant les interprétations qui lui sont données et en ne faisant rien passer dans sa psychothérapie de ce qui lui est dit dans le groupe.

Nous décrirons plus longuement une séance où l'on voit apparaître un mode de défense plus spécifique s'apparentant à une identification à l'agresseur.

Au cours de la discussion, on fait remarquer au thérapeute qu'il intervient trop, et cherche trop à protéger le malade dans un souci de se faire bien accepter par celui-ci. On lui indique qu'en respectant le silence du malade, il lui permettrait de montrer son mouvement de rejet. D'autres participants pensent au contraire que le thérapeute devrait continuer à intervenir mais en mettant en évidence l'attitude agressive du patient.

Le thérapeute "n'entend" qu'une seule des deux attitudes proposées : celle d'observer un silence strict.

Il rapporte à la séance suivante, un nouvel entretien : le thérapeute a rompu lui-même le silence du malade en lui exprimant son mouvement agressif. Il a le sentiment que cette intervention vient pleinement de lui, qu'il s'est opposé aux normes du groupe et l'exprime avec un certain plaisir.

Devant cette attitude, les participants protestent violemment en montrant au thérapeute qu'il n'a fait que reprendre ce qu'ils lui avait proposé.

L'identification au groupe a été telle que le psychothérapeute-

te n'a plus l'impression de lui devoir quelque chose. Un peut parler ici d'une véritable identification à l'agresseur et d'une introjection du groupe par le thérapeute.

Il est bien évident que l'emploi de concepts et d'attitudes analytiques ne doit pas être imposé mais venir d'une demande d'enseignement de la part des participants. Il faut veiller aussi à ce que cet emploi ne soit pas prématuré et ne constitue pas pour le psychothérapeute une nouvelle défense en lui permettant de se conformer à un modèle, tout en évitant d'être lui-même remis en question.

Nous citerons ici Israel :

"Il est évident qu'au début, tout ce que la psychanalyse peut offrir de rassurant va être utilisé par le psychothérapeute.. le débutant se réfugie dans un silence qui est à l'écoute psychanalytique, ce que le ne pas-savoir-quoi-dire de l' amoureux transi est à l'amour où la parole est devenue superflue".

et ailleurs Israel parle de "tentation psychanalytique" et de "tendance à se contenter de comprendre "sans garder au premier plan la nécessité de guérir".

Une fois bien connu le risque d'apprendre une technique sans être mûr pour la vivre affectivement, il reste que la notion d'attitude "normative" créée par un groupe de formation est en grande partie projective de la part de ses participants.

On se trouve en effet devant le phénomène suivant : un groupe de formation fonctionne avec des analystes et des internes non-analysés. Il se produit, dans un premier temps, une tentative d'identification complète des internes aux participants analystes avec désir de se conformer à leur attitude thérapeutique. Dans un second temps, se produit un mouvement de retrait devant cette identification jugée trop complète et les participants analystes sont accusés d'adopter une attitude normative.

Il s'agit là d'un mouvement se produisant habituellement devant tout enseignement : identification puis rejet, avant de séparer ce

qui peut être retenu de ce qui est éliminé.

De toutes façons il reste bien établi que le groupe accepte toute forme de psychothérapie et que cette étude ne peut être intéressante que si elle s'adresse à une pratique psychothérapique spontanée, celle qui est le plus souvent pratiquée en milieu hospitalier.

Si le groupe est parfois ressenti comme une structure oppressive, il est parfois aussi accusé d'être insuffisamment structuré.

Nous abordons ici le problème de l'expression spontanée du contre-transfert du thérapeute à l'intérieur du groupe : certains parlent facilement de leurs réactions d'angoisse en face du silence d'un malade, ou de leur contre-agressivité à l'égard d'un patient difficile, de leurs expressions relationnelles profondes que l'on voit se manifester, toujours les mêmes, au fur et à mesure des séances.

En réalité, tout se passe à ce moment là comme si le thérapeute sollicitait en se montrant tel qu'il est, non pas une aide technique mais une aide affective.

Aux moments de tension entre son malade et lui, le thérapeute désirerait que le groupe réduise son angoisse. Habituellement investi comme Sur-Moi ; il va être ressenti, en période de difficultés, comme n'apportant pas l'aide demandée ou même comme inexistant.

Nous en citerons deux exemples :

Pendant plusieurs séances, Mme S. ne dit pas un mot à son médecin. Celui-ci supporte de plus en plus mal ce silence total. Il en parle devant le groupe et celui-ci, pour fuir sa propre incertitude devant la malade, fournit des interprétations absolument contradictoires qui ne font qu'augmenter le malaise du psychothérapeute. Celui-ci cesse d'ailleurs de présenter ses séances.

Ch. à la suite d'une phrase maladroite de la thérapeute, fait un passage à l'acte, cherche à l'empêcher de sortir de la pièce et à l'enembrasser. Celle-ci vit cette séance comme un échec de la psychothérapie puisque le malade n'a pu s'exprimer qu'en passant à l'acte. Le récit en est fait devant le groupe qui fuit dans le rire et dans une vision comi-

que de la situation.

Mais c'est le silence des participants, de même que le silence du malade, qui semble le moins bien supporté par les psychothérapeutes.

Nous avons noté, qu'après chaque compte-rendu de séance, le groupe restait silencieux pendant un temps variable ce qui était toujours angoissant pour le thérapeute et pour les participants.

Ce silence paraît être une réaction à l'angoisse déclanchée par le récit de la psychothérapie ou à l'angoisse du thérapeute lui-même.

Tout se passe comme si un moment de silence était nécessaire pour que chacun se ressaisisse, dépasse ses réactions affectives pour formuler et intellectualiser ses interprétations. Mais ceci est traumatisant pour le thérapeute qui le vit comme une réaction de rejet ou de désintérêt des participants.

Par ailleurs, c'est ce silence même qui constitue un nouvel apprentissage pour le psychothérapeute : silence du groupe, mais aussi silence du malade, toujours péniblement vécu car il apparaît chargé d'une agressivité plus ou moins fantasmatique.

Lorsque l'interne aborde la relation avec le malade, son attitude est la plupart du temps empreinte de l'attitude médicale spontanée apprise tout au long de ses études : soit qu'il ne puisse se défaire de la protection d'une attitude moralisante, soit qu'il propose plus ou moins directement au malade les solutions qu'il a trouvées à ses propres difficultés, soit qu'il fasse appel à des facteurs conscients ; la volonté ou la liberté du malade.

La difficulté majeure est d'apprendre à écouter le malade à se taire et à supporter ce double silence tout chargé d'anxiété qu'il puisse être.

La tentation est toujours grande d'intervenir, d'encourager, de rassurer. Il s'agit là d'une attitude apprise, mais on aperçoit plus ou moins vite qu'elle aboutit en fait à refuser l'expression de l'agressivité du malade pour n'accepter que ses sentiments affectueux.

Le groupe se trouve donc aux prises avec l'angoisse du psychothérapeute qui l'accuse de ne rien faire pour lui.

Les divers stades de l'évolution d'un groupe de formation.

En fait, il s'agit là d'un problème inhérent à tous les groupes de formation.

A partir d'un certain stade il a tendance à dépasser son rôle d'enseignement, à devenir un groupe analytique et à fonctionner selon une dynamique qui lui est propre.

Tout groupe de formation est situé à une limite incertaine entre l'enseignement et le groupe de contrôle analytique.

La demande formulée souvent par les thérapeutes de recevoir non pas une aide intellectuelle mais un soutien affectif au moment des phases difficiles du traitement, leur besoin de comprendre leurs réactions en face du malade et voir se dégager les lignes d'une nouvelle conduite en face de lui, correspond à un désir de voir se muer l'objectif de formation en un objectif analytique où pourraient être parfaitement élucidés les mouvements contre-transférentiels du thérapeute.

C'est ainsi que le groupe reçoit du psychothérapeute une demande à laquelle au départ il n'était pas préparé et sa réponse ne peut pas satisfaire le thérapeute. Celui-ci a alors l'impression de ne rien recevoir des participants.

Théoriquement, la fonction d'un groupe de formation ou de discussion, qu'il soit comme ici un groupe d'enseignement aux internes ou un groupe d'infirmières, de parents d'élèves ou de travailleurs sociaux est de permettre aux participants de recevoir des informations et des conseils techniques sans que soient mises en jeu leurs réactions personnelles.

Le rôle du leader est alors gratifiant : il fournit des renseignements demandés, répondant aux besoins du groupe qui sont plus grand que son apport. Il renforce la cohésion des participants en valorisant chacune des interventions. Il permet au groupe de se structurer et crée chez ses membres un sentiment sécurisant d'appartenance.

Il ne fait aucune interprétation concernant les mouvements inconscients des participants. Au contraire l'expression d'affects trop profonds doit être banalisée.

L'allusion aux mouvements contre-transférentiels est laissée à la critique des nombres du groupe.

Il s'établit alors une relation enseignant-enseigné et le groupe se trouve dans une situation de dépendance par rapport au leader.

Les groupes Balint ont un mode de fonctionnement déjà plus complexe. La motivation des participants est ambiguë : ils viennent pour recevoir des informations mais aussi modifier en partie leur personnalité pour "augmenter leur sensibilité à ce qui se passe, consciemment ou inconsciemment dans l'esprit du patient". Ils veulent changer et pourtant leur recherche n'est pas celle d'une thérapeutique.

Dans l'analyse en groupe, c'est le transfert du groupe sur le leader qui est alors interprété et le sentiment de cohésion des participants est traité comme une résistance.

En fait, comme le prouve de nombreuses expériences et en particulier celle que nous relatons, tous les intermédiaires existent entre un groupe de formation et ce qui peut être appelé "groupe thérapeutique".

Au fur et à mesure de son évolution, un groupe de formation traverse une phase dite de "structuration" où les communications interpersonnelles entre les participants sont pauvres, où ceux-ci s'adressent directement au leader, s'installant dans une relation "enseignant-enseignés".

Puis le groupe entre dans une phase dite de "dynamisation" qui est caractérisée par son fonctionnement autonome. Les communications interpersonnelles deviennent spontanées - chacun des membres a trouvé son rôle au sein du groupe. Il y a identification des participants au leader et ceux-ci demandent à recevoir des éclaircissements sur leurs attitudes personnelles.

L'animateur est alors conduit à sortir de son attitude gratifiante en renvoyant ses questions au groupe et en l'amenant à trouver lui-même ses solutions. Des interprétations peuvent alors être données sur les mouvements affectifs inconscients des participants et sur la dynamique interne du groupe. On arrive alors à un groupe de contrôle, type groupe analytique.

En fait toute distinction est nécessairement artificielle : dans un groupe de discussion on manie les mouvements transférentiels des participants alors que dans un groupe analytique, ceux-ci sont explicités.

Plus intéressante paraît être la distinction faite par Mertens de Wilnars entre les groupes auto-centrés ayant pour objectif l'analyse des processus à l'intérieur du groupe et les groupes allo-centrés analysant des expériences extérieures à la vie du groupe. Toutes les formes de passage existant entre l'un et l'autre.

Le groupe dont nous nous occupons a d'abord eu un fonctionnement allo-centré : un participant ou plusieurs rapportent des événements qui se sont passés en dehors de la séance, ou l'évolution d'une relation avec un malade sans que soit analysé le fonctionnement interne du groupe.

Dans un second temps, il est passé à un mode de fonctionnement auto-centré : on analyse alors ce qui se passe dans la séance, le contre-transfert du psychothérapeute sur le leader et sur les participants et les mouvements de la dynamique interne du groupe.

Le rôle du leader, relativement bien défini au niveau du groupe thérapeutique, est ambigu au niveau du groupe de discussion : les participants ne sont pas là en tant que patients et pourtant ils veulent envisager leurs réactions personnelles.

D'où leur ambivalence à l'égard de l'animateur du groupe auquel il est demandé à la fois d'être enseignant et d'être co-participant.

Celui-ci se trouve alors devant la nécessité d'adopter une attitude mixte : gratification - information en même temps qu'analyse des mouvements contre-transférentiels et de la dynamique interne du groupe.

Ceci entraînant forcément un mécontentement diffus des participants qui réclament la constitution d'un groupe thérapeutique tout en le refusant.

Effets de groupe et de contre-groupe.

Nous arrivons ainsi à poser le problème de l'expression de l'agressivité dans le groupe.

Il est important que le leader contrôle parfaitement les mouvements agressifs des participants et que le contre-transfert du psychothérapeute puisse s'exprimer librement et ne rencontrer que des interprétations formulées de la façon la plus neutre. Car "une des tâches du psychanalyste chargé de la formation des débutants, est de leur apprendre à ne pas avoir honte de leur contre-transfert, à le considérer comme normal et inévitable et à s'en servir comme d'un tremplin pour le progrès de la cure".

Il est indispensable, d'autre part, que les problèmes inhérents à la structure du groupe et aux attitudes des participants puissent être discutés dans la réunion elle-même de façon à ce que l'agressivité liée au fonctionnement de tout groupe soit utilisée de façon dynamique.

Si cette analyse n'est pas effectuée pendant la séance, on aboutit à un phénomène de "post-groupe" que nous avons constaté.

Dans l'expérience de formation que nous décrivons, s'est posé le problème du secret des entretiens avec les malades, tandis que n'a

pas été abordé celui des phénomènes relationnels se produisant à l'intérieur du groupe :

Le problème du secret de la psychothérapie est souvent abordé. En effet les participants connaissent sur le malade des faits que celui-ci n'a confié qu'à son thérapeute.

Souvent celui-ci a craint le passage d'informations qui devaient être tenues secrètes :

Ch. demande lors d'une séance, si sa mère n'est pas au courant des aventures sexuelles qu'il a racontées pendant la séance. Il lui semble bien qu'elle y ait fait allusion.

La thérapeute pose le problème, en relatant l'entretien, d'une divulgation des entretiens par un membre du groupe.

En fait l'inquiétude exprimée par le malade correspondait chez lui à un désir exhibitionniste de faire connaître ses aventures sexuelles et il tint par la suite à en informer son entourage.

Par contre les participants n'ont posé à aucun moment le principe du secret des réunions et des mouvements affectifs se produisant alors.

Dans un groupe de formation cette question est habituellement abordée. Elle ne l'a pas été ici par suite sans doute des relations amicales existant entre les participants qui les incitaient à continuer la réunion après sa terminaison effective.

En tous cas, tant que les mouvements intérieurs au groupe n'ont pas été élucidés pendant la séance, le phénomène du "post-groupe" s'est produit régulièrement.

C'est alors que sont discutés les problèmes inter-relationnels, les phénomènes de dynamique de groupe et que peut s'exprimer l'agressivité qui n'a pu être verbalisée pendant la séance.

Ce "post-groupe" fut moins évident à partir du moment où les problèmes inhérents à sa structure purent être discutés dans le groupe lui-même.

Il s'agit là d'une conduite des participants qui a la valeur d'un acting-out que l'on peut définir comme "la manifestation de quelque

chose en dehors du groupe mais qui pourrait se réaliser dans le groupe" ou "comme la traduction d'une émotion, d'un affect sur le plan de l'action et non sur le plan verbal". Il a la même signification qu'en psychothérapie celle d'appauvrir l'entretien et la séance de tout ce qui ne pouvant être verbalisé, est agi au dehors.

On peut déduire de cela, qu'à certains moments un groupe de formation est amené à fonctionner comme un groupe analytique avec nécessité de garder secrets les entretiens, nécessité et possibilité pour les participants de verbaliser le plus possible ce qu'ils ressentent dans la séance, ce qui rend moins nécessaire les acting-out sous forme de post-groupe.

La hiérarchie au sein du groupe et la compétition.

Cependant ce n'est qu'à partir d'une certaine maturation que peuvent être analysés les mouvements émotionnels et en particulier une fois dépassés les problèmes de hiérarchie.

Il s'agit là d'une difficulté inhérente à tous les groupes de formation où le ou les leaders ont un statut hiérarchiquement supérieur à celui des participants tenant non seulement à leur fonction d'enseignant mais à celle de chef de service.

Nous pouvons citer comme exemple celui des groupes d'infirmiers dont le leader est aussi le médecin-chef. Il apparaît alors un premier problème difficilement soluble : ou bien le leader anime un groupe non directif, accepte de se remettre en question, de démanteler son image, et angoisse les soignants. Ou bien il enseigne dans un groupe de formation. Il s'enferme alors dans une attitude paternelle et enferme les participants dans une situation de dépendance.

L'exemple des infirmiers constitue un exemple extrême mais le problème apparaît chaque fois que les participants appartiennent à la même organisation ou au même service. Il devient alors difficile d'interpréter les défenses des différents membres.

Il serait donc préférable qu'un tel groupe de formation fonctionne avec le minimum de structure hiérarchique, le ou les leaders pouvant travailler avec des psychothérapeutes n'appartenant pas au même service.

D'autre part, il est important que soient analysés les problèmes de compétition ce qui évite la formation d'un post-groupe et permet un enrichissement de l'ensemble des participants.

Lors de notre étude, les problèmes de compétition sont apparus à deux niveaux : tout d'abord entre les participants, les internes travaillant depuis longtemps ensemble constituant un sous-groupe par rapport aux nouveaux arrivants. Dans le premier sous-groupe, les participants essaient de rivaliser avec les leaders en donnant eux aussi leurs interprétations et en cherchant à devenir membre du groupe.

Cette attitude est difficilement supportée par le second sous-groupe dont les participants acceptent mal les interprétations fournies par leurs camarades alors qu'ils acceptent bien celles des leaders.

Ces phénomènes de rivalité que l'on peut décrire en termes de "rivalité fraternelle" ont un aspect dynamique permettant une identification aux leaders et stimulent le travail d'interprétation.

D'autre part le groupe que nous étudions a fonctionné avec deux co-leaders. Cette structure a parfois été conseillée dans les groupes de formation, les leaders pouvant alors avoir une attitude différente, l'une plus frustrant, l'autre plus gratifiant par exemple.

Cependant, il semble que la présence de deux leaders tout en permettant de garder une double attitude, aboutisse parfois à une divergence dans les interprétations qui donne un sentiment d'insécurité au psychothérapeute. Celui-ci débutant dans sa formation, recherchant à la fois et rejetant une attitude univoque.

D'autre part la présence d'analystes et de non-analystes constituant deux nouveaux sous-groupes pose également un problème de compétition. Le sous-groupe des analystes, qui est le seul à posséder une technique, entraîne l'ensemble des membres dans sa direction ce qui, pour certains participants, peut constituer une limite à leur désir de rechercher d'autres formes d'expression psychothérapique.

Nous aborderons ici le rôle de "l'observateur du groupe" qui, de par sa formation philosophique était chargé de conceptualiser et présenter sous un angle phénoménologique notre expérience. Il y a sans doute là une manière différente d'envisager les problèmes relationnels, mais les participants intéressés par cet abord phénoménologique furent peu à peu attirés par le sous-groupe analytique.

De toutes façons, l'existence de ces multiples sous-groupes n'est aucunement une entrave à la formation psychothérapique mais ne peut au contraire que la dynamiser.

Nous avons donc envisagé ici les relations du psychothérapeute avec le groupe de formation, l'évolution de celui-ci, qui dépassant ses objectifs d'enseignement, amène à l'analyse des phénomènes de dynamique de groupe.

Nous avons essayé d'analyser la façon dont un tel groupe de formation est vécu par les psychothérapeutes et de quelle manière ils peuvent l'utiliser.

Le groupe que nous avons décrit présente des aspects très polymorphes : il possédait à l'origine un objectif d'enseignement dans un contexte de recherche. Il était chargé d'apprendre aux internes des données théoriques sur l'évolution d'une psychothérapie.

On le vit peu à peu évoluer sur le modèle des groupes Balint "centrés sur le client" qui sont des groupes allo-centrés selon la terminologie de Mertens où sont examinés des problèmes extérieurs au groupe et où, en principe, ne sont pas mises en cause les réactions personnelles des participants. Puis apparut la nécessité d'examiner de plus en plus les réactions affectives contre-transférentielles des psychothérapeutes et non plus seulement le récit de la psychothérapie : le groupe tendant alors à se rapprocher d'un groupe de contrôle analytique.

Lors des dernières séances, les participants furent amenés à envisager la structure interne du groupe, le rôle qu'ils y tenaient, leur position vis-à-vis des autres membres et vis-à-vis des leaders.

On a pu alors parler de "training Group" .

Il nous a semblé utile que ce groupe se développe ainsi librement en franchissant plusieurs étapes au fur et à mesure de la maturation des participants.

D'autre part, ce groupe de formation a été amené à se définir par rapport à l'institution : il répondait tout d'abord à une demande d'enseignement et de contrôle des psychothérapies de la part des internes, ainsi qu'à un désir d'enseigner de la part des leaders. Il apparut peu à peu que ce groupe était trop marginal par rapport à l'institution et qu'il devait se centrer davantage sur les problèmes institutionnels, étudiant alors la maladie "en situation" dans ses relations non seulement avec son médecin, mais avec l'ensemble de l'institution.

Le groupe continue à fonctionner actuellement en se concentrant sur les problèmes de l'institution.

CONCLUSION.

Nous avons envisagé les problèmes posés par la formation psychothérapique de l'interne à l'hôpital psychiatrique. Nous avons décrit un des moyens d'y faire face : l'expérience d'un groupe de formation fonctionnant à l'hôpital du Vinatier.

Au cours de ce travail ce mode d'enseignement a été critiqué à plusieurs reprises. Cependant tel qu'il est, ce groupe nous a été d'un apport certain dans notre formation psychothérapique.

Tout d'abord il oblige le psychothérapeute à une nouvelle prise de conscience en lui faisant faire un effort de réflexion vis-à-vis de son malade, à rédiger la séance qu'il vient de vivre et à la rapporter. C'est souvent à ce moment qu'il réalise vraiment ce qui s'est passé avec son patient.

Mlle B. se tait obstinément et le thérapeute éprouve toujours le besoin d'intervenir et de la faire sortir de son silence. Ce n'est qu'en racontant la séance qu'il prend conscience de son impossibilité à sortir d'un rôle maternel et protecteur.

D'après le compte-rendu qui est fait de ses séances de psychothérapie, Mlle C. "parle comme un livre". Au fur et à mesure que se déroule le récit, le thérapeute prend conscience de sa tendance à intellectualiser la malade.

Enfin, le groupe de formation a évolué comme un "Training-group" ce qui a permis à plusieurs d'entre nous de faire l'apprentissage de la dynamique de ce groupe, d'en connaître de l'intérieur les principaux mouvements, ce qui pourra nous inciter à nous perfectionner dans ce domaine.

D'autre part ce mode de formation à la psychothérapie permet

un enseignement collectif de plusieurs internes.

Nous sommes conscients toutefois des limites de cette expérience : elle ne peut permettre qu'une connaissance incomplète d'une technique psychothérapique et qu'une approche superficielle des problèmes contre-transférentiels.

Nous ne masquons pas non plus que, parler d'un enseignement de la psychothérapie, repose en réalité sur une équivoque. Pratiquer des psychothérapies n'exige pas un apprentissage intellectuel mais une maturation affective. Il ne s'agit pas d'une prise de conscience intellectuelle de ce qu'est la psychothérapie mais d'un vécu affectif.

Ce problème des débuts en psychothérapie est celui de la découverte du malade, qui est en fait la prise de conscience de l'Autre.

Comprendre et vivre ce qui nous rapproche et ce qui nous différencie de ce malade, de cet Autre, sans projeter sur lui nos problèmes personnels, voilà qui ne peut être résolu que par chacun de nous, individuellement. Ce groupe de formation nous aura déjà apporté beaucoup s'il nous a permis d'en prendre conscience.

CONCLUSIONS.

1°) De plus en plus l'interne se trouve confronté, dans son service hospitalier, avec la nécessité de prendre en charge ses malades sur le plan psychothérapique.

Il rencontre de nombreuses difficultés liées à sa condition d'interne et à son absence de formation.

La nécessité d'un enseignement de la psychothérapie à l'hôpital psychiatrique vient donc s'ajouter à l'ensemble des problèmes de l'enseignement du psychiatre.

Elle ne doit d'ailleurs pas s'en séparer.

2°) L'interne exerce son activité psychothérapique en milieu hospitalier. Il se trouve aux prises avec les problèmes institutionnels. Les réactions de l'équipe infirmière, du chef de service ou des autres malades entrent en ligne de compte dans sa pratique psychothérapique.

Il se trouve également face à une double fonction : sa fonction institutionnelle, celle de l'interne d'un service et une nouvelle fonction de psychothérapeute, ce qui conduit à des aménagements de la pratique psychothérapique en milieu hospitalier, et peut être à la recherche de nouvelles techniques.

3°) A travers l'étude d'un cas, nous envisageons l'évolution d'une pratique psychothérapique spontanée en milieu hospitalier et nous voyons comment celle-ci met aux prises le thérapeute à la fois avec le milieu institutionnel et avec ses propres difficultés.

- 4°) Il serait utile que de telles psychothérapies spontanées puissent être contrôlées dans un groupe d'enseignement et de formation du type de celui fonctionnant depuis deux ans à Lyon à l'Hôpital du Vinatier.

Un tel groupe de formation possède un double objectif : il permet une acquisition sur un plan théorique : connaissance des données analytiques - définition d'une nouvelle séméiologie du comportement, en même temps qu'une maturation affective de ses participants, dans la mesure où, au cours de son évolution, peuvent être envisagés et élucidés les mouvements émotionnels des psychothérapeutes ainsi que la dynamique interne du groupe. -

Le Président de Thèse :

Professeur DECHAUME

Vu, et permis d'imprimer
LYON, le 19 Février 1966.

Vu, le Doyen :

Professeur J-F CIER

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université.

P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE.

- AZIMA H. - Modifications psychodynamiques lors des traitements au tofranil - Mac Gill University - Conférence on Dépression. Montréal 1959. - Canadian Psych. Assoc. Journal 4 - pp.172.1959
- APPEAU, A. - Attitudes psychothérapiques spontanées des médecins. Thèse Faculté de Médecine. LYON 1963.
- AYME - La participation des infirmières à la psychothérapie. Information psychiatrique. Octobre 1957.
- ANZIEUX D. L'auto-analyse. Bibliothèque de Psychanalyse et de Psychologie cliniques. Presses Universitaires de France.
- ALEXANDER & FRENCH - Psychothérapie analytique. Bibliothèque de Psychiatrie. Presses Universitaires de France.
- BALINT M. Training medical students in Psychotherapy. Lancet 1957. T.II. p. 1015-1018.
- BALINT M. & BALINT E. - Psychothérapie techniques in médecine Tavistock publications 1961.
- BONNAFE Le milieu hospitalier du point de vue psychothérapie. Le Raison. N° 17 - p. 5.
- BALVET. D.ROTHBERG. C.BANGE - La réunion d'équipe. Conscience de pavillon moyen psychothérapique. Information psychiatrique juillet 1961 pp. 375-391.
- BERGERET J. GUYOTAT J. MARTEL H. - Les groupes Balint.
- BERTHELIER R. - Fonction de l'interne. Information psychiatrique. Juillet 1965.
- BATTEGAY A. - Aspects thérapeutiques : psychothérapie de groupe. Aperçu historique et général. Psychothérapie de groupe en clinique psychiatrique. Bibl. Psychiat. Neurol. 1963. n° 119 - 38 - 116.
- BLOCH Cp Psychothérapie par groupes de discussion chez des malades mentaux hospitalisés. Act. neurol. psychiat. belg. Mars 1962. 62 n° 3 - 264 - 278.
- BOUR P. Psychothérapie de groupe et psychodrame à l'hôpital psychiatrique. Ann. mod. Psychol. Décembre 1961.

- CHERPILLOD C. et CAMPO A. - La psychothérapie dans le cadre de l'hôpital psychiatrique : la psychothérapie pavillonnaise. Méd. et Hyg. mai 1961
- DECHAUME J. - Introduction à la psychologie médicale. Cahiers médicaux lyonnais 1962. T. 38 n° 3.
- DECHAUME J. et J. GUYOTAT - L'étudiant en médecine devant la psychologie médicale. Communication au Symposium international de Psychologie médicale. Lausanne. Octobre 1960.
- DECHAUME J. & J. GUYOTAT - Une expérience de formation psychothérapique chez de futurs médecins. J.M.L. n° 1018. 5.10.1962. p. 1379.
- DESMETTES G. - Thèse. Lyon 1964.
- DURAND Ch. & CHERPILLOD C. - Technique et évolution des groupes de discussion. Pratique de la psychothérapie de groupe. Presses universitaires.
- DIATKINE Réflexions d'un psychanalyste sur la participation des Infirmiers à la psychothérapie. Information psychiatrique Déc. 1958. p. 815.
- FIERZ H.K. - La psychothérapie analytique en clinique psychiatrique. acta Psychotherapi. 1962. 10 n° 3 - 219 - 232.
- GASQUERES E.A. - Aspects particuliers de la psychothérapie et de la sociothérapie à l'hôpital de ce jour. Information psychiatrique Juin 1965.
- GUYOTAT J. - Introduction aux techniques psychothérapiques. Cahiers médicaux lyonnais Rév. 9.12.1962. T.38 n° 9.
- GUYOTAT J. - Une expérience de formation psychologique pratique du futur médecin à la Faculté de Médecine de Lyon. Information psychiatrique. Juillet 1963 - n° 7.
- GUYOTAT J. - Une méthode d'étude des effets psychodynamiques de certaines substances psychotropes (thymoanaleptiques.) Communication au C.I.N.P. - Birmingham.
- GUYOTAT J. - Relations en chimiothérapie et psychothérapie individuelle. Actualités de thérapeutique psychiatrique. Masson et Cie.
- GUYOTAT J. FEDIDA P. MIRAILLET P. REYSS-BRION R. et M.P. DUBOR P. - Chimiothérapie et psychothérapie. Réflexions à propos d'une expérience d'approche méthodologique du problème.

- GENEVARD - Différences et analogies entre les groupes psychothérapiques et les groupes de discussion.
Pratique de la psychothérapie de groupe. Presses Universitaires.
- GREEN A. MARTIN D. et SIVADON P. - Enseignement de la psychiatrie et formation du psychiatre. Rapport présenté aux Journées de l'Evolution Psychiatrique. Paris 19-20 Juin 1965. Evolution Psychiatrique. Supplément au N° 3 1965.
- GREEN Chiniothérapie et psychothérapie. L'eucéphale 50. n° 1 pp.29-201. 1961
- ISRAEL L. GROUWER F. MARTEL R. - L'insertion hospitalière et l'enseignement de la psychothérapie dans un service de névrose (Information Psychiatrique. Mars 1965. n° 3)
- JORDI P. Esquisse des problèmes posés par l'indication et la formation d'un groupe analytique. Pratique de la Psychothérapie de groupe. Presses universitaires.
- LANIER R. La psychothérapie au cours des traitements par les drogues psychotropes. Entretiens franco-allemands de thérapie psychiatrique. Hôpital du Vinatier. Lyon. Novembre 1959.
- LAMBERT P.A. - (Comité lyonnais de recherches thérapeutiques en Psychiatrie) La relation médecin-malade au cours des chiniothérapies psychiatriques. Masson. 1965.
- LARAN F. Contribution à l'étude de l'exercice de la psychothérapie en milieu asilaire. Thèse Paris. 1962. n° 617. 97 pages.
- LINDINGER H. - Psychothérapie des psychopathies de l'adulte et son exercice dans les hôpitaux psychiatriques. Wien. Zschr. Nervenh. 1963. 20 n° 4 - 311 - 320.
- LINDINGER H. - Psychothérapie de groupe en association à l'occupationnel thérapie dans les hôpitaux psychiatriques. Méd. Klin. 12 Juin 1964. 59 n° 24 - 983 - 985.
- LUZES P. et CABBAGE G. - L'hospitalisme psychiatrique vu à travers la psychothérapie pavillonnaire. Hygiène ment. Nov. Déc. 1962 - 51 n° 6 - 273 - 282.
- MISSENARD ET GELLY - Bilan d'une année d'enseignement de la psychologie médicale. Concours médical. 9.12.1961.
- MILLER A. et SABSHIN M. - La psychothérapie à l'hôpital psychiatrique. Arch. Gén. Psychiat. Juillet 1963. 9. n° 1 - 53 - 63.

- MOSES R. Le problème de l'introduction de la psychothérapie de groupe dans une polyclinique psychiatrique. Acta. Psychothérap. 1961 9 n° 4 - 277 - 280.
- MULD-WORF B. - Grandeur et servitude de la psychothérapie. Information Psychiatrique. Mai 1965.
- NACHT S. Présence du psychanalyste. Bibl. de psychanalyse aux Presses Universitaires de France.
- NICOLAS J. Thèse Lyon. 1964
- ROGERS (Karl) et M. KINGET - Psychothérapie et relations humaines. Théorie et pratique de la thérapie non-directive. Publications universitaires de Louvain.
- PY O. Les comportements de passivité en psychiatrie. Thèse Lyon 1962.
- PANAYOTOPOULOS D. - Particularités et problèmes de la psychothérapie en milieu hospitalier psychiatrique. Evolution psychiatrique. Juillet Septembre 1965 p. 513 - 524.
- ROTHBERG D. - Situations d'oppression en psychiatrie. Thèse Lyon. 1962.
- RACAMIER P.C. et L. CARRETTIER - Relation psychothérapique et relation médicale dans l'institution psychiatrique. La relation médecin-malade au cours des thérapeutiques psychiatriques. Masson 1965.
- SLAVSON Psychothérapie analytique de poupe. Bibl. de psychiatrie aux Presses Universitaires de France.
- SCHNEIDER P.B. - Formation du médecin praticien en psychothérapie et en médecine psycho-somatique. Cahiers de psychiatrie n° 15. 1961 p. 1 - 6.
- SCHNEIDER P.B. - Relation médecin-malade et chimiothérapie. Information psychiatrique. Avril 1965.
- SCHNEIDER P.B. - Pratique de la psychothérapie de groupe. Compte rendu d'un séminaire international de psychothérapie de groupe. Lausanne 1963.
- SCHNEIDER P.B. - La psychothérapie analytique du groupe - problèmes techniques. Indications. Information psychiatrique. Octobre 1965.
- SCHNEIDER P.B. et BURNER M. - Incidences médicales du problème des indications psychothérapiques dans un service de polyclinique psychiatrique universitaire. Méd. et Hyg. 9 mai 1962. 20. n° 548 - 379 - 382.

- SCHINDLER R. - Psychothérapie didactique de groupe avec des psychanalystes.
- STOKVIS Berthold - (travail de l'université de Leyde). La formation du psychothérapeute de groupe. Pratique de la psychothérapie de groupe. Presses universitaires.
- SCHULTE W. La somato et la psychothérapie dans le cadre de la psychiatrie hospitalière.
Deutsche méd. 19 Mai 1961. 86. n° 20 - 973 - 980.
- VALABREGA J.P. La relation thérapeutique. Flammarion. Paris 1962.

TABLE DES MATIERES

La formation psychothérapique de l'Interne à propos d'une expérience d'un groupe de formation .

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	1
1er CHAPITRE : L'Interne face au problème de la Psychiatrie et de la Psychothérapie	2
1) Nosographie classique et psychothérapie	3
2) L'abord psychothérapique du malade mental	6
3) Les moyens de formation	8
4) L'enseignement de la Psychiatrie	11
5) L'analyse didactique	12
6) Le contrôle des psychothérapies en groupe	13 bis
2ème CHAPITRE : Etude d'un cas	15
3ème CHAPITRE : L'Interne et la Psychothérapie en milieu hospitalier	32
1) L'Hospitalisation	33
2) Le personnel soignant	35
3) Essai de définition d'une pratique psycho- thérapique en milieu hospitalier	38
4) La place du psychothérapeute par rapport à l'institution hospitalière	39
4ème CHAPITRE : Etude d'un groupe de formation psychothéra- pique	49
1) Les relations du groupe avec le médicament	50
2) L'évolution du groupe vers un objectif de formation	53
CONCLUSIONS	70
BIBLIOGRAPHIE	73

